92-02632/

Artist's Notes

1. By the latter part of the nineteenth century industrialization in the cities became a major influence on the younger generation of rural families and, as the death rate in those families declined, more sons wanted the family property at an earlier age. In an attempt to maintain family security and tradition, and keep intergenerational tension low by passing the property down before they died, parents were reluctantly pressured into signing over the property deed to the eldest son. He, in turn, had to guarantee assurance for his parents' security and welfare in their old age.

2. Industrialization both caused and resulted from the break-up of rural life. Cottage industries (small groups of workers in villages producing goods mainly for local needs), failed as a result of the factories that produced more and cheaper goods.

3. Parents could no longer keep their sons interested in the property and lands through the promise of inheritance. The younger sons, daughters and their families had to migrate to the cities to find work. The new pace of life and work in the city brought about new problems facing the workers' future.

4. With the advent of retirement rules at the turn of the century, older workers lost their status in the work force and found themselves unemployed. Many of those workers relied on living with married sons and daughters for security in their old age. Those less fortunate usually ended up living in poverty, as few social services existed for older people at the time.

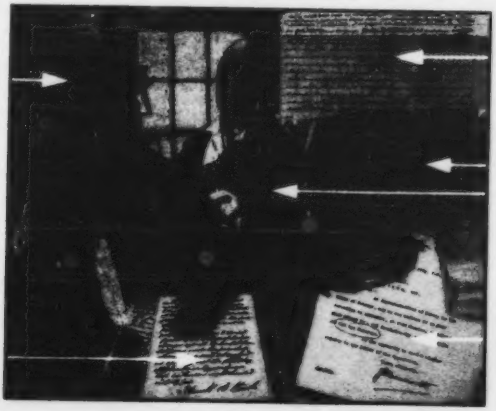
5. This situation was cause for the government to initiate a Commons committee report, which was issued in 1925. No further action was pursued until J.S. Woodsworth and A.A. Heaps, labour MP's representing Winnipeg, wrote to Prime Minister Mackenzie King on January 7, 1926:

> Dear Mr. King:
>
> *As representatives of labour in the House of Commons, may we ask whether it is your intention to introduce at this session (A) provision for the unemployed; (B) old age pensions.*
>
> *We are venturing to send a similar inquiry to the leader of the opposition.*
>
> *Yours sincerely,*
> *J.S. Woodsworth*
> *A.A. Heaps*

6. MacKenzie King, seeking the support of the two labour members, agreed to institute legislation for old age pension. As recorded in his diary, he met with Woodsworth and Heaps on January 26, 1926:

> *This morning at my office we accomplished a really important stroke of work. I had the members of cabinet meet Woodsworth and Heaps and discuss old age pension legst. tho some members of the cabinet, Lapointe in conversat'n and Robb by memo from Finlayson opposed attempting anything, when they were confronted in discussion all agreed on a bill which would apply to the Dominion as a whole, letting each province come under, on a 50-50 basis, for a non-contributory scheme applicable to persons over 70 years of age. The conference lasted over an hour and was very satisfactory. It was agreed to have a bill immediately drafted.*

An act respecting old age pension was assented to on March 31, 1927.



Cover design and illustration by Murdo Morrison

Department of the Secretary of State of Canada
Secrétariat d'État du Canada

CANADIAN STUDIES DIRECTORATE

ABOUT CANADA

THE AGING OF THE CANADIAN POPULATION

Neena L. Chappell

Research Centre on Aging
The University of Manitoba

Multiculturalisme et Citoyenneté Canada
Multiculturalism and Citizenship Canada

©Minister of Supply and Services Canada
Cat. No. S2-184/6-1990
ISBN 0-662-57213-0

BIBLIOTHÈQUE
SECRETARIAT D'ÉTAT DU CANADA
MAY 10 1991
LIBRARY
DEPARTMENT OF THE SECRETARY
OF STATE OF CANADA

305

Canadian Cataloguing in Publication Data

Chappell, Neena L.
The Aging of the Canadian Population

(About Canada / Canadian Studies Directorate)
Text in English and French with French text on inverted pages.
Title on added t.p.: Le vieillissement de la population canadienne.
Includes bibliographical references.
ISBN: 0-662-57213-0

1. Aged—Canada. 2. Aged—Health and hygiene—Canada 3. Aged—Medical care—Canada I. Canada. Dept. of the Secretary of State of Canada. II. Canadian Studies Directorate. III. Title. IV. Title: Le vieillissement de la population canadienne. V. Series: About Canada.

HQ 1064 .C3C42 1990 305.26'0971 C90-099017-1E

The opinions expressed in this series are those of the authors and do not necessarily reflect federal government policy or opinion.

Preface

To promote a broader understanding of Canada, the Department of the Secretary of State of Canada is publishing **About Canada**, a series of works dealing with the country and its people.

This booklet is part of the series produced by the Canadian Studies Directorate and written by prominent researchers under the auspices of the Association for Canadian Studies.

We are confident that distribution of these publications, which are available free of charge from the Department of the Secretary of State, will help bring about a greater appreciation of Canada, its inhabitants and its distinctive characteristics, and will instill in Canadians an even greater sense of national pride.

Note on the Author

Neena L. Chappell has a Ph.D. in sociology from McMaster University in Hamilton, Ontario. She is founding Director of the Research Centre on Aging at the University of Manitoba, and has been engaged in research in social gerontology, specifically in the areas of health, informal supports and formal supports for Canadian seniors for more than a decade. She has published extensively in this area, including two books: Chappell, N.L., L.A. Strain, and A.A. Blandford. ***Aging and Health Care, a Social Perspective.*** Toronto: Holt, Rinehart & Winston, 1986; and Driedger, L. and N.L. Chappell. ***Aging and Ethnicity: Toward an Interface.*** Toronto: Butterworths, 1987.

Table of Contents

Preface	3
Note on the Author	4
List of Tables	6
Résumé	7
Introduction	8
I. Social and Demographic Characteristics	11
A. Sex Differences	11
B. Marital Status	13
C. Housing	15
D. Income and Retirement	15
E. Rural-Urban	16
F. Ethnic Differences	17
II. Health Status and Aging	18
A. Physical Health	18
B. Mental Health	19
C. Other Types of Dependencies	21
III. Role Transitions in Old Age	22
IV. Support Systems in Old Age	25
A. Present-Day Living Arrangements	25
B. Differing Relationships	26
V. The Canadian Health Care System	28
A. Physicians and Hospitals	28
B. Community Programs	29
C. Health Care for an Aging Society	30
Conclusions	31
Bibliography	32

List of Tables

Description

Table 1: *Canadian Population Aged 65 and Older, 1890-2031*

Table 2: *Percentage Population 65+ Age for Canada, 1891-2031*

Table 3: *Per Cent of 65 + by Sex, 1891-2031*

Table 4: *Per Cent of 65+ by Marital Status and Gender in Canada*

Table 5: *Average Yearly Income of People by Age and Gender, 1985*

Table 6: *Chronic Conditions and Functional Ability*

Résumé

The intent of this booklet is to provide a realistic picture of seniors in Canada. It provides an overview, beginning with a brief description of selected social and demographic characteristics, such as sex, marital status, income and ethnicity. Health status — physical and mental — is described next and the booklet demonstrates that although health declines during old age, it is not the period of debilitation that many expect.

Our social roles and how they change and evolve as we age are examined, and experiences such as the empty nest, retirement and widowhood are discussed. Old age is not just leaving life's major roles behind; it is also recognized as bringing new experiences, such as grandparenting and other caretaking. Support systems among seniors, and family and friendship ties are commonly maintained during old age. New relationships also may develop.

The Canadian health care system is explored, highlighting medical and institutional care. The increasing proportion of seniors means more community social services, since they focus on chronic rather than acute conditions or infections. Seniors, particularly older seniors, suffer from chronic rather than acute conditions. A look at the future, as well as the present situation, is provided.

Introduction

Much has been heard about the aging of the Canadian population. Governments and policy makers are now aware of the increasing numbers of seniors in Canada and have attempted to deflect their financial strain by encouraging consumer discounts in shops, transit systems and restaurants. The reason for the heightened concern is the demographic shift now occurring. Increasing proportions of people in Canada are living to old age (usually taken to mean age 65 and older). In 1981, approximately 10 per cent of Canada's population were age 65 and more, twice the proportion who were seniors in Canada at the turn of the century (see Table 1). Nevertheless, this proportion represents only half the percentage of the population who will be seniors in the year 2031. By then, fully 20 per cent of Canada's people will be seniors.

Canada is not unique in this respect. The same trend is taking place throughout the world, in both industrialized countries and developing nations. Some European countries currently have elderly populations between 14 and 16 per cent. In 1981, for example, 15 per cent of the people in the United Kingdom were seniors. Canada, however, will not have a proportion of elderly people this large until after the turn of the century. After the baby boom generation enters and leaves old age, the proportion of seniors in the population will likely drop once again as a result of the "baby bust" of the 1960s and 1970s. To date, Canada's fertility rate has not increased, and there is no reason to expect another increase in the proportion of seniors, at least not in the foreseeable future.

The large proportions of seniors today present a unique historical situation; never before has any society had such a great amount of its population live to old age. Earlier historical periods experienced higher birth and death rates within rela-

tively short life expectancies. Death occurred at younger ages, to children, youth and young adults much more often than it does today. Death also tended to be more abrupt, caused by the hardships of climate, shortages of food, accidents, disease and war. In contrast, seniors today are in fact pioneering a new role in society. A greater proportion of people are now living to old age, a time of life when chronic illnesses and disabling physical impairments are characteristic.

Table 1. Canadian Population Aged 65 and Older, 1890-2031

Year	Number	%
1891	218,790	4.5
1901	271,201	5.0
1911	335,315	4.7
1921	420,244	4.8
1931	576,076	5.6
1941	767,815	6.7
1951	1,086,237	7.8
1961	1,391,154	7.6
1971	1,744,405	8.1
1981	2,360,975	9.7
1986	2,697,575	10.7
2001 (projection)	3,425,000	11.9
2031 (projection)	6,240,000	20.2

Sources: **1890-91 Census of Canada**, Vol. IV, Table G, p. 404; **1961 Census of Canada**, Catalogue 92-542, Table 20, pp. 20-1, 20-2; **1971 Census of Canada**, Catalogue 92-715, Table 7, pp. 7-1, 7-2; **1976 Census of Canada**, Catalogue 92-823, Table 11, pp. 11-1, 11-2; unpublished 1981 Census of Canada, Powell and Martin, 1980; **1986 Census of Canada**, summary tabulations, Table DM86A01, July 1987.

People who were born in 1960 can expect to live 20 years longer than those born in 1900. The rate of increase in life expectancy, however, has now slowed or stabilized and is expected to remain constant for some time. Dramatic new increases in life expectancy are unlikely in the near future. Interestingly, although less of the people lived to age 65 or more in the past, those who did could expect to live almost as long as seniors do today.

The purpose of this booklet is to provide a realistic overview of Canada's seniors. First, there is a brief description of selected social and demographic characteristics: sex, marital status, housing, income, rural/urban living, and ethnicity. This section reflects the general trends evident among seniors.

Section II describes the health status (physical health, mental health and other types of dependencies) of Canada's seniors. It demonstrates that, while health declines during old age, it is not always a period of total debilitation as many believe.

Section III looks at the social roles people assume and how they change and evolve as we age – experiences such as the empty nest, retirement and widowhood. Frequently, old age is characterized by role exits, that is, the departure from many of the major roles formerly played. Old age also entails role involvements such as grandparenting and caretaking, the latter being particularly important because of health deterioration.

Section IV examines support systems among seniors and debunks the myths that seniors are isolated and alone. Rather, Canadian research reveals that family and friendship ties are strong in old age.

Section V looks at the Canadian health care system, the formal system people turn to when informal supports no longer meet their needs. This section discusses the current orientation of the Canadian health care system toward medical care and acute institutional care, and the need of more community social services for the increasing number of seniors. As seniors tend to suffer from chronic rather than acute conditions, community social services need to focus in this direction.

I. Social and Demographic Characteristics

Aging is a developmental process, referring to the entire continuum of life from birth through to death, or to significant portions of the cycle. Aging includes old age, but the term is not necessarily restricted to this period. Old age in Canada usually refers to the age of 65 and older. This is a chronological demarcation and a social definition based primarily on retirement norms and legislation related to old age security payments. Many authorities object to this demarcation because they believe it reinforces prevailing negative attitudes based on age. Old age, though marked almost universally by declines in health and effective functioning (which in turn restrict independence), in reality varies considerably from person to person and from culture to culture.

The social definition of aging is different than the physiological process of aging which begins much earlier than age 65. For example, deteriorating eyesight, greying hair, changes to the skin and menopause are indications of aging which begin well before age 65. The primary distinguishing event that occurs around age 65 is retirement, currently the subject of intense debate. In fact, human rights legislation in many provinces (such as Manitoba and New Brunswick) has removed the provision of mandatory retirement at 65 for certain occupations.

The increasing numbers of those aged 65 and older are the subject of this booklet. As more and more people live to old age in Canadian society, the number of seniors will increase until approximately 2031 when the proportion will peak. Those aged 65 and older are not a homogeneous group of people; in fact, they may be 35 to 40 years apart in age. For this reason, people sometimes speak about the young-old, the middle-old and the old-old. The number who are old-old is increasing rapidly. By 2031, about 45 per cent of seniors in Canada will be aged 75 and older. That is, almost half of the senior population will be old-old (see Table 2).

A. Sex Differences

Slightly more than half of Canada's seniors were male in the early part of the century. At the present, however, more than half are female — 58 per cent in 1986 compared to 42 per cent who were male (see Table 3). Demographic projections suggest that the proportion of senior females will continue to outstrip the proportion of senior males and that the gap between them will stabilize, not increase, when the baby boom generation reaches old age.

Women have a greater life expectancy (the average number of years remaining for a person at a specified age) than men, both at birth and at age 65. Life expectancy at birth in Canada was 79.7 for women and 73.0 years for men in 1986. At age 65, life expectancy was 18.9 years for women and 14.7 years for men. This means that if you were a 65-year-old female in 1986, you could expect to live until you were approximately 84 years old. If you were a man who was age 65 in 1986, you could expect to live to be about age 80.

Table 2. Percentage Population 65+ Age for Canada, 1891-2031

Year	65-69	70-74	75+	Total
1891	38.8	28.7	32.5	100.0
1901	39.2	28.4	32.4	100.0
1911	39.3	28.2	32.5	100.0
1921	41.0	28.0	31.0	100.0
1931	40.1	29.8	30.0	99.9
1941	40.1	28.3	31.7	100.1
1951	39.9	29.0	31.0	99.9
1961	35.0	28.9	36.1	100.0
1971	35.0	26.2	38.2	99.4
1981	35.8	26.8	37.4	100.0
1986	33.8	27.4	38.8	100.0
2001 (projection)	28.6	25.8	45.6	100.0
2031 (projection)	28.8	26.1	45.1	100.0

Sources: **1921 Census of Canada**, Vol. II, Table 4, pp. 6-7; **1931 Census of Canada**, Vol. III, Table 2, pp. 8-9; **1971 Census of Canada**, Catalogue 92-715, Table 7, pp. 7-1, 7-2; **1976 Census of Canada**, Catalogue 92-823, Table 11, pp. 11-1, 11-2; **1981 Census of Canada**, Catalogue 92-901, Table 1, pp. 1-1, 1-2; Statistics Canada, **Population Projections for Canada: Provinces and Territories, 1984-2006**, Catalogue 91-520, Table D.3, pp. 140-1, 186-7, 232-3, 278-9, 324-5, Table D.4, pp. 338-42; **1986 Census of Canada**, summary tabulations, Table DM86A01, July 1987.

Table 3. Per Cent of 65+ by Sex, 1891-2031

Year	Male	Female
1891	52.3	47.7
1901	51.2	48.2
1911	50.9	49.1
1921	51.2	48.8
1931	51.1	48.9
1941	50.9	49.1
1951	50.8	49.2
1961	48.5	51.5
1971	44.8	55.2
1976	43.7	56.3
1981	42.8	57.2
1986	42.0	58.0
2001 (projection)	41.3	58.7
2031 (projection)	36.9	63.1

Sources: See Table 2.
Source for Projections: Statistics Canada, **Population Projections**, Catalogue 91-520 (internal publication).

B. Marital Status

Differences between the sexes are also evident in the marital status of Canada's seniors. Approximately half are married; this ratio has remained more or less stable throughout the century. Younger seniors, of course, are more likely to be married than the old-old. Approximately one-third of seniors are widowed. Primarily an event of old age in our society, widowhood can confer many personal, emotional and economic problems on seniors. Senior women are much more likely to be widowed than senior men (48 per cent of senior women were widows in 1986, while only 14 per cent of senior men were widowers in the same year). Senior men are much more likely to be married than senior women (75 per cent of senior men compared to 40 per cent of senior women were married in 1986). (See Table 4.)

The difference in marital status between men and women during old age reflects the tendency of women to marry men older than themselves as well as women's longer life expectancy. This difference means that wives tend to provide care and assistance when their husbands' health deteriorates. Unfortunately, when women's health needs increase, their husbands are often no longer there to assist.

The reason for the differences in life expectancy between men and women is an ongoing source of discussion. Some think it reflects the biological superiority of women over men, a belief never proven. Others believe that men experience greater stresses and so succumb earlier. Still others believe that women, through their socio-emotional capabilities, are better equipped to handle the stresses of life.

The differences in marital status for senior men and women are reflected in similar differences in living arrangements. In 1986, 78 per cent of senior men were living either with a spouse or unmarried children, compared to only 47 per cent

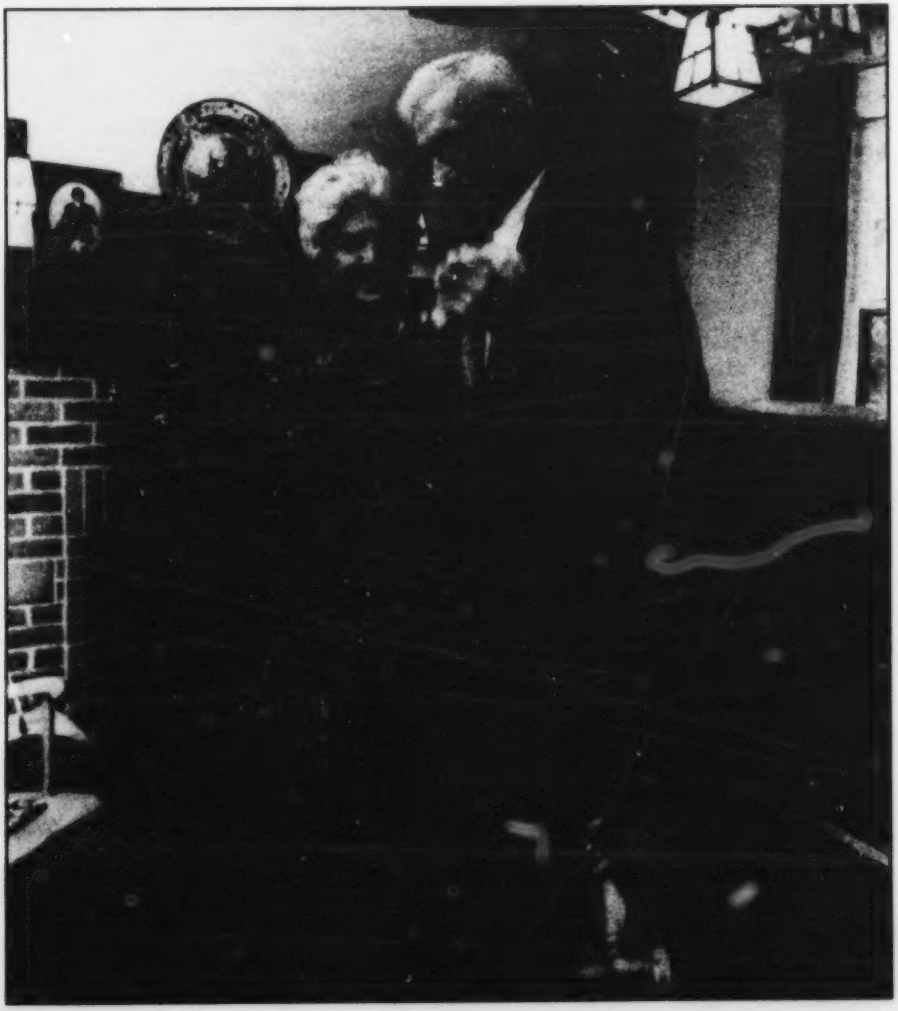
Table 4. Per cent of 65+ by Marital Status and Gender in Canada

		1891	1921	1931	1941	1951	1961	1971	1981	1986	2001
Females 65+:	Single	—	10.2	10.9	11.2	10.4	10.2	11.1	9.5	8.6	10.4
	Married	40.6	39.8	40.2	41.0	41.6	41.2	36.5	38.4	39.5	32.5
	Widowed	5.3	49.9	48.9	47.7	47.9	48.4	51.6	49.0	48.2	—
	Divorced	—	.1	.1	.1	.1	.2	.8	1.5	2.1	57.1
	Unknown	8.1	.0	.0	.0	.0	.0	.1	1.5	1.5	—
		94.0	100.0	100.1	100.0	100.0	100.0	100.1	99.9	99.9	100.0
Males 65+:	Single	—	8.7	10.5	11.8	11.8	10.8	10.6	8.5	7.5	9.8
	Married	69.5	67.4	65.2	64.5	65.7	68.5	71.7	73.2	74.5	69.0
	Widowed	24.1	23.7	24.1	23.6	22.3	20.4	16.7	14.1	13.5	—
	Divorced	—	.2	.1	.2	.2	.4	.9	1.8	2.3	21.2
	Unknown	6.4	.0	.1	.0	.0	.0	.0	2.3	2.2	—
		100.0	100.0	100.0	100.1	100.0	100.1	99.9	99.9	100.0	100.0

Sources: **1921 Census of Canada**, Vol. II, Table 19, p. 115, Table 20; **1931 Census of Canada**, Vol. III, Table 12, p. 94; **1941 Census of Canada**, Vol. III, Table 7, pp. 94-5; **1951 Census of Canada**, Vol. II, Table 1, pp. 1-1, 1-2; **1961 Census of Canada**, Catalogue 92-552, Table 78, pp. 78-1, 78-2; **1971 Census of Canada**, Catalogue CS92-730, Table 1, pp. 1-1, 1-2; 1981 Census of Canada, unpublished data, Winnipeg Regional Office; Statistics Canada, **Household and Family Projections for Canada and the Provinces to 2001**, Catalogue 91-517, Table A, p. 199, Table B, p. 212, Table C, p. 225; **1986 Census of Canada**, summary tabulations, Table DM86A01, July 1987.

of senior women. In contrast, elderly women were more likely to live alone (38 per cent in 1986) than were men in this age group (14 per cent). Indeed, increasing numbers of seniors, especially women, in all industrialized nations have been living alone in recent years. This living pattern in Canada has not been interpreted as forced isolation of seniors, but as a reflection of the increased choices available as a result of the economic security afforded by old age security payments and the guaranteed income supplement. Elderly persons now may have more economic self-sufficiency and may be able to choose from a variety of housing arrangements, particularly apartment living which permits privacy with a sense of security. The choice to live alone is also seen now as being socially acceptable.

Photo: Health and Welfare Canada



C. Housing

Housing options are becoming more available for senior Canadians. Generally speaking, housing and health care are separate jurisdictions within the provinces. There is a provincial department responsible for housing, a provincial department for health and another department for community and social services. The needs of seniors are not as easily segregated. In Canada, options similar to sheltered housing in Britain, for example, where seniors live in apartment complexes which provide various services as well as accommodation are just now starting to be offered.

Until recently, few places offered ergonomic designs, such as wide hallways for wheelchairs and handrails in the bathtub, which accommodate the needs of seniors. As different needs are recognized in Canada, new options are emerging. Currently more apartment complexes, many of which are rent-subsidized, are available specifically for seniors than there were in the past. Studies into the types of services seniors would like within these apartment complexes are also being conducted. Change is just beginning and will be more noticeable in future decades.

At one time there was much debate in gerontology over the benefits of segregated housing for seniors, such as retirement communities. Some believe this type of accommodation encourages "ghettoization"; others recognize that such living arrangements are preferred by some seniors. Apartment living in downtown areas close to amenities is another option which provides relative security while allowing seniors to maintain autonomy and independence. Still others prefer to remain in their own homes. A variety of housing alternatives are necessary to meet the various needs and preferences of a heterogeneous elderly population.

D. Income and Retirement

The incomes of seniors are low compared to the incomes earned during the working years. People younger than age 25 and those older than age 65 have incomes lower than those in paid labour and, notably, women have lower incomes than men (see Table 5). Women experience less of a proportionate decrease as they age than men, but they start with less. The average income for senior women in 1985 was $11,147 and for senior men, $15,658.

As well as mandatory retirement, other important areas of debate are flexibility in work and retirement patterns, and the general exclusion of seniors from paid labour. The paid labour role is still considered a major function in society, one which provides a sense of usefulness and identity. Exclusion from this activity can result in feelings of uselessness or meaninglessness. Pensions are tied to paid labour, which excludes most women, particularly those who are senior today. Even women who work for pay tend to have low-paying, part-time intermittent occupations and therefore receive minimal, if any, pension. There still tends to be in society a general view that the value of women lies in their youth and their child-bearing ability.

Seniors are generally excluded from paid labour. In 1986, only 13.7 per cent of elderly men in Canada were working at any paid labour, whether part time, intermittent or full time: the figure for women was even lower, 4.2 per cent. It is not yet known whether or to what extent the **Charter of Rights** will result in more seniors remaining in paid labour. Court rulings in different jurisdictions have also been inconsistent. Retirement in Canada has become institutionalized and is considered a normal, expected life event. Moreover, most people adjust well to retirement, especially if it is voluntarily chosen, their health remains good and they have sufficient economic means.

Table 5. Average Yearly Income of People by Age and Gender, 1985		
Age	**Male**	**Female**
15 – 19	3,595	3,050
20 – 24	11,299	8,744
25 – 29	20,456	13,781
30 – 34	26,152	15,079
35 – 39	30,329	15,916
40 – 44	32,586	16,103
45 – 49	32,214	15,395
50 – 54	31,027	14,535
55 – 59	29,387	13,621
60 – 64	25,322	11,423
65 – 69	20,485	10,917
70+	15,658	11,147

Source: Statistics Canada. **Total Income: Individuals 1986 Census**. Catalogue 93-114. Table 5. Ottawa, Ontario: Minister of Supply and Services, 1989.

Only time will tell whether normal retirement age will increase.

E. Rural-Urban

While general trends characterize seniors, they are obviously a heterogeneous group. Any number of distinctions could be used to demonstrate these differences. Living in rural areas during old age, for example, is different than living in an urban centre. Many believe that living in rural areas offers more interaction and greater interpersonal ties than urban life, including interaction with family and friends, and participation in social and community activities. Whether rural living translates into a better quality of life, greater happiness and higher morale, however, remains a question. Some studies support this view of rural life; others do not.

Photo: Health and Welfare Canada

Photo: Health and Welfare Canada

A significant number of seniors are migrating to rural areas after retirement, choosing a style of life that cannot be found in the larger cities. Others choose to remain in an urban setting. Larger cities offer more health services than rural settings, and usually do not present the same type of long-distance transportation problems in gaining access to services. Technological innovations are more likely to be found in urban than in rural settings.

F. Ethnic Differences

In addition, sub-cultural (ethnic, minority and racial) differences exist among seniors. Ethnicity and aging is just beginning to be studied in Canada, and studies in the United States tend to focus on Blacks and Chicanos (Mexican-Americans), groups that are not as predominant in Canada. Nonetheless, Canada has a tremendous ethnic variety among its senior population and their cultural values and lifestyles contribute to the differences.

Seniors also differ in terms of their health. Some trends, however, suggest that declining health as a result of age is not as serious as many people believe.

II. Health Status and Aging

A major concern about old age, for both the individual and society, is a decline in health, which is usually associated with increased personal dependence or lack of self-sufficiency. While health does decline with age, for most seniors the deterioration occurs gradually and people learn to adapt to the changes. Because of the increased demands placed on the formal health care system, however, the decline becomes a societal concern.

A. Physical Health

The health status of seniors has been studied primarily in terms of physical health, either the presence or absence of disease or the degree of functional disability or capacity. Most seniors, indeed about 85 per cent according to the **Canada Health Survey** conducted in 1978-79, have one or more chronic conditions. Chronic conditions include such ailments as heart and circulatory problems, stroke, arthritis or rheumatism, palsy, eye trouble not relieved by glasses, ear trouble, dental trouble, stomach trouble and diabetes. The most frequent chronic conditions among seniors are heart disease, arthritis, chronic rheumatism and hypertension. Except for heart disease, however, these chronic illnesses are not necessarily the cause of death. Heart disease is the leading cause of death, followed by cancer and cerebrovascular disease.

Chronic conditions need not lead to limited activities or to functional disabilities. Measures of functioning are popular because they provide a social definition of health: they permit measurement in terms of normal role functioning and deviations from it, rather than in terms of primarily medical or biological criteria. Functional disability, therefore, generally refers to functional limitations on the performance of normal daily activities as a result of illness or injury. Functional ability is usually assessed by looking at daily living and its activities, such as one's ability to walk up and down stairs, prepare meals, go to the bathroom, feed oneself and cut one's toenails.

The Canada Health Survey shows that less than half of seniors suffer from some functional disability, that is, limitations to their functioning (see Table 6). Moreover, when severe functional disability is examined, the percentage of affected people drops even further. Less than a third of seniors have severe functioning difficulties, and only a minority of those aged 65 and older in Canada have severe functioning problems with the basic

Table 6. Chronic Conditions and Functional Ability

	Canada	
	<64	65+
Chronic Conditions:		
none	48.7%	14.4%
at least one	51.3%	85.6%
Functional Ability:		
no limitation	90.0%	61.8%
some limitation	2.1%	3.2%
major activity limited	5.4%	26.2%
cannot do major activity	1.5%	8.7%

Source: Health and Welfare Canada, and Statistics Canada, **Canada Health Survey**, Ottawa, Ontario: Minister of Supply and Services, 1981.

activities of daily living, such as eating, personal mobility and toileting.

In summary, although more than three-quarters of seniors have some chronic condition, less than half experience some functional disability, and even fewer, about one-third, have severe limitations to their functioning. These measurements do not refer specifically to pain and discomfort: pain has been taken into account only to the extent that it causes or is related to functional disability.

B. Mental Health

Changes in mental health are more problematic and much less straightforward. Mental processes include cognitive, psychological and emotional functioning, which are known to be related to both physiological conditions and social environments. Physiologically, evidence is more or less conclusive that there is loss in both visual and auditory senses as we age, with some minor losses in taste and balance, and sensitivity to touch and pain. Such losses can affect psychological well-being and can lead to a misdiagnosis such as mental confusion. Sometimes behavioural changes, such as a lack of response or the tendency to walk into things, are assumed to be mental in origin when they are due to decreased auditory and visual acuity. Accurate diagnosis, therefore, is critical.

In terms of cognition or intelligence, there is no conclusive evidence of dramatic declines in intellectual functioning or memory due to age. There is a higher risk of disease that can affect memory, but when people are studied over time into old age, researchers find little or no intellectual loss. In other words, intellectual differences between older and younger people are due to cohort differences and are not from the aging process. Seniors today may do less well on intellectual tests because they have less formal education or are not used to the types of testing involved. Those who are younger perform better because they have more formal education and experience that helps them do the tests.

Concern over loss of intellectual functioning is long-standing, and is commonly referred to as senility or dementia. Indeed, one of the most common fears of old age is senility. The two most common causes of dementia are the currently much discussed Alzheimer's disease, affecting more than 50 per cent of all people with dementia, and vascular or multi-infarct dementia, accounting for another 20 per cent. At this time, no

Photo: Health and Welfare Canada

known prevention or cure has been found for Alzheimer's disease, and no conclusive diagnostic test exists other than autopsy. Because of the uncertain diagnoses, it is difficult, if not impossible, to estimate the prevalence of Alzheimer's among seniors. Some studies suggest that approximately five to six per cent of seniors suffer from Alzheimer's. It is important to note that the increased recognition of Alzheimer's is due to the greater proportion of seniors in society and not from a greater proportion of seniors with Alzheimer's.

Increasing attention is being paid to depression, primarily because it tends to be treatable. If a person is diagnosed as being depressed, a cure can be found in most instances. Depression, however, can vary from mild to severe, with a variety of symptoms. Since there are no certain clinical diagnoses of depression, estimates of its prevalence are difficult to obtain. This lack of information is a cause for concern because some people could be misdiagnosed as being demented and, therefore, not receive appropriate treatment for depression. Contrary to the perception of many, seniors are no more likely to suffer from depression than younger age groups. Some estimates suggest that between 13 and 15 per cent of seniors suffer from depression. Adolescents are, in fact, more likely to suffer from depression than seniors.

Declines in mental capacity and increases in mental illness appear to affect only a small proportion of seniors and are not major problems of old age. Although most seniors are not affected by mental impairment, the chances of suffering from it increase as a person enters old-old age.

In addition, sex differences relate to health and ailments among seniors, as for younger age groups. Women tend to report more symptoms than men, but men have higher mortality rates at a younger age. The interpretation of these sex differences has spawned considerable discussion. Some argue that women are indeed sick more often than men and this accounts for the greater reporting of symptoms. Others contend that women are sick no more often than men, but find it more socially acceptable to report symptoms and seek care, which accounts for the statistical differences. Still others argue that women and men are sick an equal amount, but women are more attuned to their bodies and more aware of their symptoms. As for the differences in mortality, the debate will no doubt continue, but no conclusive evidence supports one explanation over another.

There are also important sex differences in the subjective perceptions of health, in other words, what people think of their health. Women tend to view their health status as good as or better than men's, despite reporting more symptoms. Overall, most seniors view their health as good or excellent. People's expectations appear to account for this view, despite the tendency for seniors' health to decline. Authorities believe that seniors look at others their own age and make a judgement as to their relative health. When they take their own age into account, relative to what they believe their health status could be, they feel they compare favourably. Only a minority have low morale or perceive their health as poor.

C. Other Types of Dependencies

Besides physical and mental health dependencies, other types of dependencies affect seniors. Economic dependency is related to and interacts with the other types. Studies have shown that living in disadvantaged economic situations is related to poor physical health, poor nutritional status, various types of diseases and a lower survival rate. The economic situation of seniors is frequently an extension of that experienced at younger ages or a worsening of their earlier situation. The extent to which the effects are cumulative is unknown, although evidence suggests they could be.

One can also be socially dependent, as in societal dependency. In this sense, the term refers to the relationships and situations created for a person by the structure of society. That seniors are excluded from paid labour and may be economically disadvantaged, that poor people often are in worse health than those who have higher standards of living and that the physical "built" environment is usually more accessible to younger people with good mobility (and not to seniors who are less agile and mobile), are all forms of social dependency.

III. Role Transitions in Old Age

Just as there are age-related health changes, so there are changes in our societal roles.

Much was written about the "roleless role" of seniors during the 1950's and 1960's. Seniors were said to have no function in society: men had left their roles in the paid labour force and women, having completed their child-rearing duties and if they had lost their spouses, no longer had the roles of mother and wife. Role exits (the completion of the working years, child-rearing tasks or the end of a marriage because of the death of a spouse) led some to conclude that seniors had no place in society. The result was seen to be psychologically detrimental.

Research has since shown that retirement has become a normal and expected life event, that most people adjust well and that it is not the difficult time many believed. This is especially true for those who retire early, are in good health, and who have sufficient economic means. Forced retirement, ill health and lack of money all contribute to lessened satisfaction with this period of life.

Similarly, Canadian women, like those elsewhere, do not react negatively to the "empty nest". Indeed, both mother and father seem to react positively to their children setting up independent residences. Both sexes, but men in particular, express satisfaction with new-found time to put into their marriage. There is little research in this area, but studies to date suggest the empty nest syndrome is largely a myth.

Widowhood, however, is considered one of life's most traumatic events and is usually followed by a period of bereavement. Adjustment to widowhood is varied, depending on several factors, including age at widowhood, the importance placed on the wife-role by the woman and the lifestyle of the couple. Loneliness is a major problem, irrespective of how a woman adjusts, and is multifaceted. For some it means being lonely for a partner or companion, for others it means being lonely for someone to talk to or care for.

The re-engagement of widows has been classified into three types: modern, traditional and social isolates. The modern widow re-examines her lifestyle and goals and decides which aspects of the wife-role she wants and is able to continue. She modifies friendships from couple-oriented leisure to a more or different personal intimacy. In short, she builds a

Photo: Health and Welfare Canada

new life as an unmarried woman. The traditional widow retains much of her life as it was when she was married. She may be immersed in kin relations, as well as relationships with friends and neighbours, and may continue this involvement much as it was prior to her husband's death. The social isolate, as the phrase suggests, becomes isolated when her husband dies. She may never have been very involved with kin or friends, or may be unable to retain these relationships when her husband dies because of poor finances or poor health. She lacks the social skills necessary to engage in new social roles or to change some of the older ones.

Research on retirement focuses primarily on men; relatively little is known about the retirement of women. Many of the early retirement studies on women assumed that their contributions to paid labour were of minor importance in their lives. On the other hand, most widowhood studies are conducted on women; men who become widowed have seldom been studied.

Only recently has there been an interest in the role involvements (as opposed to role exits) of people during old age. Some of the roles people engage in during old age include volunteer activity, grandparenthood and caretaking. Volunteer involvement is not high in any age group and seniors who do volunteer work are probably those who did so in their younger years. It is difficult, however, to draw conclusions from existing research because there has been little in-depth study of this area. People frequently help others, but they do not label it "volunteer work"; most studies of volunteer work refer to work with formal organizations.

Photo: Miller Comstock

With more people living into old age, more of them are experiencing grandparenthood. Young children now frequently know their grandparents for an extended period of time; more research in this area is beginning to be produced. We know that there are several different styles of grandparenting: those who are their grandchildren's friend or buddy, those who are wise and correct, those who are authoritarian and those who are more distant.

A major role for many seniors is taking care of their peers, or caretaking, discussed in Chapter IV.

How do people spend their time during old age? They frequently spend time with others, with family members and friends. Interaction with family members tends to involve visiting and family get-togethers, which include a host of interactional exchanges: emotional support, exchanges of goods and information, companionship, sharing and assisting. Within the family, intergenerational relations are usually confined to two generations, children and grandchildren, although this situation may change as the demographic shift leads to more three-and four-generation families. While seniors' interaction with their grandchildren is generally social, with their children it often includes an additional component — assistance.

Interactions with friends who are primarily age peers are also important during old age, as they are for younger people. Most of us desire the company of others who are experiencing similar life situations, who have shared common histories and who view the future from a similar standpoint. We know, furthermore, that attributes of life that contribute to personal happiness are common to younger and older persons; for example, good health, good relations with family and friends, and reasonable socio-economic means. Continuity of lifestyle from the middle years into old age is also believed to be valuable, as is maintaining ties with family and friends.

One of the keys to understanding old age is to do so from the viewpoint of seniors themselves. For example, leisure among seniors is defined differently than among those who work for pay. Retirees tend to define leisure in terms of enjoyment and relaxation, which contrasts with those working for pay who tend to define it in terms of free time. Since seniors consider their days as free time, it is not surprising that they cease to associate free time with leisure.

IV. Support Systems in Old Age

Both the nostalgic view of the three-generation extended family and the common belief that modern Canadian society isolates and neglects its seniors are false. There is little evidence to support the prevalence of the classic extended family in early industrial societies. The three-generation family living under one roof, with elders playing an important role, was not widespread in Europe and was almost non-existent in the United States. Few people lived to 65 years or more in pre-industrial periods. Those who did were sometimes abandoned and often lived in poverty. Nevertheless, the family, as the centre of intimate relationships, has historically provided interpersonal support, warmth and commitment for people of all ages. This is still true today.

A. Present-Day Living Arrangements

Although it is not uncommon to hear about the small, isolated nuclear family of today, much research has demonstrated that this is not representative of present-day living arrangements. Rather, the modified extended family is the prevalent family form in Canadian society. Although the parent(s) and immediate offspring tend to live with one another, close and supportive ties are also maintained with other kin. Indeed, support from kin and friends is a primary source of assistance for elders in contemporary society. Estimates suggest that approximately 80 per cent of all care is provided by close relatives and friends. Canadian data indicate that nearly 94 per cent of elders receiving any assistance do so from informal networks (family and friends). In addition, 80 per cent of the 15 per cent who are receiving formal care, that is, care provided by community service agencies, hospitals, etc., are also simultaneously receiving care from family and friends.

Assistance refers primarily to instrumental activities of daily living: help with housework (including meal preparation), household maintenance, transportation, shopping, banking, etc. Seniors commonly have family and friends who help in these matters. There are also areas referred to as basic activities of daily living, including physical activities and personal care: the ability to walk, feed oneself, wash, bathe and use the toilet, for which assistance is also required. Few seniors are impaired in any of these areas, but if dysfunction occurs, it can lead to long-term institutional care, especially when family and friends cannot provide assistance.

Almost everyone needs companionship and intimacy (confidants). This is no less true during old age than during our younger years; almost all seniors report having both. A recent Winnipeg study indicates that 96 per cent of seniors have companionship and 84 per cent have confidant relationships. Men and women are just as likely to consider their spouse as a companion, provided they are married; however, men are more likely to name their spouse as their confidant. Women (even if married) are more likely to name a daughter or friend instead of, or in addition to, the spouse. Men seem to rely emotionally more exclusively on their spouses than do women; women seem to be more successful at substituting friendship for family ties.

In a complex post-industrial society such as modern-day Canada, a person, regardless of age, has to cope with a massive information explosion. For effective decision making and to use services efficiently, a person has to cultivate a capacity to collect relevant information on matters that are critical for day-to-day living. If a person is unaware of an available service, it obviously is of little use. Not much is known about the information needs of seniors in Canada. There is, however, widespread concern among researchers and professionals that appropriate methods are lacking to convey pertinent information to seniors regarding available options.

B. Differing Relationships

Supportive relationships vary depending on who is involved. Relationships with spouses, for example, differ from those with daughters. Spouses play a vital role in assisting one another during marriage. This extends into old age and frequently becomes critical as health deteriorates. Older couples tend to redistribute domestic and other chores when the health of either, or both, deteriorates. Because women generally marry men older than themselves and have a greater life expectancy, they are more likely to assume caregiving roles than their husbands. As women age, they may shoulder more responsibility and work. Nevertheless, the advantages of the marital relationship (especially for men) are believed to extend beyond the caregiving role to include sustained companionship. Spouses, more than others, are likely to provide care during times of disability and illness. The husband/wife unit is well suited to caregiving, especially for chronic conditions.

Other than the spouse, the most frequent caregivers to elders are children, especially daughters. Most seniors live close to at least one child. They prefer "intimacy-at-a-distance", preferring to maintain their independence as much as possible, and to live in their own quarters while maintaining relations with their children. Seniors prefer not to live with their children. The roles played by daughters and sons are somewhat different and often gender-based. Daughters provide hands-on and emotional care; sons provide supervision and sometimes money if needed. If a daughter is unavailable, however, sons do provide needed care.

Next to spouse and children, other relatives (brothers, sisters, grandchildren, nieces, nephews, cousins, in-laws) are believed to be an important source of assistance. The significance of such extended family kin has not been well researched and is not well known. Canadian data, however, both from Ontario and Manitoba, show that siblings play an important role in the lives of seniors, both in terms of emotional support and needed assistance. Grandchildren can also be very important in the lives of seniors, but they seldom provide caregiving to their grandparents.

Little research has been conducted on the role of friends in the lives of elders, although impressionistic evidence indicates that friends constitute an important part of contemporary Canadian society.

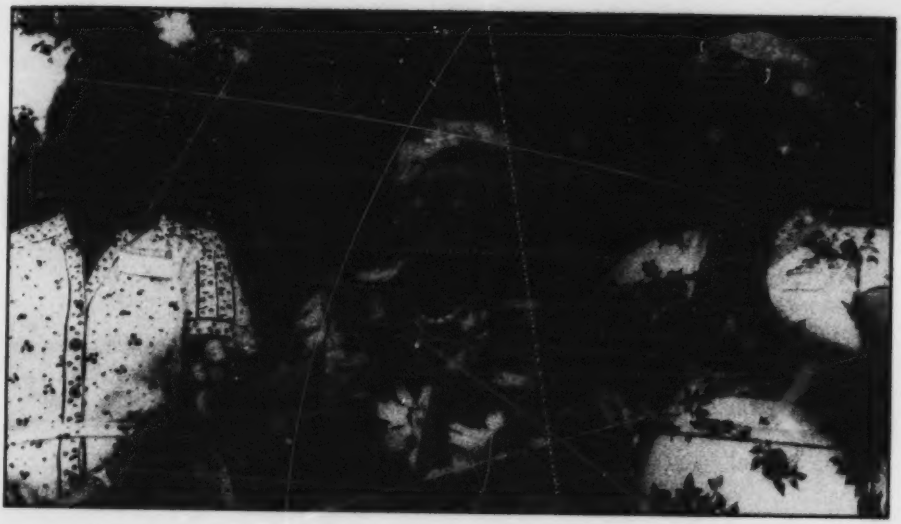


Photo: Health and Welfare Canada

including the lives of seniors. Unlike kinship ties, friendship bonds are characterized by voluntary involvement, affection and consensus. Friends tend to be similar: they have comparable characteristics in terms of age, stage in life, sex and socio-economic status. They share common experiences and are often living through similar changes in marital and family careers.

Although friendships in the lives of seniors has been under-researched, data from Winnipeg suggest that friends play a much more important role than previously thought. On the other hand, even though friendships can be long-lasting and involve serious commitment to one another, the obligation is believed to be less than when family is involved. Elderly people prefer to engage in leisure time activities with friends; they express the most satisfaction when involved in these activities with friends. Furthermore, after spouse, children and siblings, friends, not other kin, provide the care.

In old age, friends have undergone similar experiences such as children leaving home, retirement and widowhood. They are also adjusting to declining health, have common interests based on similar generational experiences in a rapidly changing society and are coping with their own relative proximity to death. Some believe that friendships are especially important to sustain a person's sense of usefulness and self-esteem because they are based on mutual choice and need, and involve a voluntary exchange of sociability between equals. Loss of friendship through death is inevitable in old age, but new friendships can be established at any age. Some believe that people who have developed good social skills concerning friendship earlier in life are those who will fare well during old age.

All relationships, however, involve negative as well as positive aspects. That is, there are costs involved in supportive relationships. Not all caregiving relationships are beneficial, either to the recipient or the caregiver. When family and friends can no longer cope with the provision of care or when there is no informal network to provide care, the formal care system is available.

V. The Canadian Health Care System

People often voice concern over the rising cost of the Canadian health care system, especially in conjunction with the fact that seniors are the greatest adult users of the system. Only a small proportion of seniors, about 20 per cent, are heavy users of formal services (family and friends provide most of the care). This proportion accounts for the statistics indicating that elders are the heaviest users. Most seniors do not use formal health care services more than younger adults. Indeed, some use it less. Furthermore, although health care costs are increasing, Canada's rate of increase is less than most industrialized nations.

Despite middle-aged persons frequently fearing old age because of the prospect of long-term institutional care, less than 10 per cent of seniors in Canada are in long-term institutional care at any one time. In other words, more than 90 per cent of those aged 65 and older live in the community. About one-third of the old-old, however, live in long-term institutional care (nursing homes, old age homes, personal care homes).

During the 1960's and 1970's, long-term institutional care was thought to be the answer for frail seniors. Currently, these institutions are viewed as suitable primarily for those who require such total care that they cannot cope in the community. The general trend now is to build fewer institutional beds. The result, given the increasing proportion of seniors, is that people in long-term institutional care are much older and more frail than a couple of decades ago. Long-term institutional care is not, however, the mainstay of the Canadian health care system for seniors.

A. Physicians and Hospitals

The two major elements of Canada's health care system are physicians and short-stay acute hospitals. Canada's health care system is largely oriented toward such medical and institutional care. The importance of physicians in the system is highly evident, in fact, they control approximately 80 per cent of insured health care costs. Although only about 19 per cent of these expenditures go directly to physicians, they nevertheless control or influence hospital admissions, prescriptions, medical tests and recommendations for return visits. In essence, physicians, not patients, make decisions about the use of expensive health services. Hospitals, however, represent half of total insured expenditures.

Although the focus of Canada's health care system is primarily medical and institutional, the major illnesses of old age are chronic conditions or acute flare-ups of chronic conditions, rather than acute illnesses. Canada's health care system is not principally oriented toward the chronically ill, especially within the community. In gerontology, the importance of chronic disease is generally measured as the extent to which one's ability to function is impaired; this assumes a broad definition of health. Such a definition is similar to that put forward by the World Health Organisation and includes economic, social and psychological, as well as medical aspects.

In Canada, as in other industrialized nations, substantial growth took place in home health care services in the 1970's. Existing resources were recognized as the most able to meet the needs of the very sick (nursing homes) and the very healthy (housing units), but less able to meet the needs of those in-between. Early home care programs offered medical and related services essentially as a means to shorten hospital stays, rather than to treat and maintain people who needed chronic or long-term care in the community.

In the late 1970's, scholars and other interested persons critically examined long-term institutional care for seniors. They concluded that most seniors could remain in the community, given proper support. Appropriate levels of community support are considered less expensive than institutional care. As well, the aging of the population raised concerns that greater, more costly demands would be made on an already expensive medical care system. This heightened the search for alternatives.

B. Community Programs

In 1975, the number and variety of home care programs was growing, but there was little consistency in objectives, eligibility criteria, services offered, staffing,

Photo: Health and Welfare Canada

the use of terms or funding, Manitoba was the only province with a universal home care program not dependent on medical authorization. During the mid-to-late-1970's, home care programs emerged which in turn led to a comprehensive definition of services. Today, many provinces offer a variety of services within home care programs, but the services vary tremendously.

Community support services are important not only for the services they provide directly to seniors, but also for the assistance they provide to caregivers. Caregivers do not wish to relinquish their caregiving role, although they do want sufficient assistance so they do not suffer burnout or a decline in their own health which would curtail their ability to continue giving help. To conserve their limited resources, people giving total or close to total care are asking for relief. They require appropriate information about the care they should be providing and how it should be provided. They also need emotional support from others who understand their situation.

Studies suggest that providing support services for seniors through formal mechanisms is not simply an expensive substitute for family care. Instead, research demonstrates that family and friends use every means at their disposal to care for their senior members and friends. Furthermore, when formal support services are provided, they do not replace informal care. Data from both Canada and the United States show that when formal services are provided, family and friends continue their informal care, although the types of services sometimes change. For instance, formal care may perform some of the more arduous services, leaving informal caregivers with more time for other types of support. In addition, some evidence suggests that the provisions of formal support services ensure informal caregiving for a more extended period of time.

C. Health Care for an Aging Society

Currently, the establishment of more community social services is helping to provide a continuum of services. These include a range of services, including a host of workers such as volunteers, therapists, homemakers, social workers, home aides, orderlies and nurses. Programs in the community, outside the home or in the person's own home, include adult day care programs, the monitoring of health conditions, senior centres for socialization and day hospitals for supplemental medical care. Both transportation and housing have emerged as two areas of critical concern to an aging population.

The provision of more community social services assumes a broad definition of health, with an emphasis on chronic rather than on acute care, and on community rather than institutional care.

Community social services can also facilitate both self-care and informal care. The challenge that lies ahead is the provision for health care services that maintain the autonomy and dignity of the seniors involved. This is problematic when our society, like other industrialized countries is still coming to terms with questions basic to increased life expectancy and its attendant health deterioration. How long should life be maintained and under what circumstances? Given a gradual decline, when is medical intervention warranted? How can we best assess the changing needs of seniors? These problems are not easy to solve. They must be examined and treated seriously if workable solutions are to emerge.

Conclusions

For too long there has been a focus on the "problems" of seniors as they relate to the larger society. A closer examination of research in this area suggests that old age is not the period of devastating declines in health, as once believed. Rather, declines in health are gradual and people usually adjust. The health of most seniors is relatively good. In addition, the notion of the isolated nuclear family is not applicable to modern-day Canadian society; very few elderly are isolated either from family or from friends. Rather, intimacy-at-a-distance more accurately describes the preference and reality of old age lifestyles. Seniors enjoy frequent interaction and exchanges with family members, but they prefer to maintain their independence and autonomy by not living with their children.

The numbers and proportions of seniors living to old age today represent a new, historical phenomenon. Contemporary elders in Canada are pioneers of a new but uncertain society; they will shape and define societal roles for those who are elders tomorrow. Today's seniors have shown us the strength and importance of family ties (despite living in the twentieth-century post-industrial society). Interactions, however, vary depending on the individual. Caregiving, for example, tends to come primarily from the spouse or from children (particularly daughters), siblings and, finally, from friends. People turn to the formal health care system as a last resort.

A key descriptive word when talking about seniors is heterogeneity. Seniors differ tremendously. They have differing lifestyles and needs. Although certain trends characterize them as a group (for example, slightly more than half are female, most tend to be married, they tend to have less income than younger adults), differences abound. Some are divorced, some are separated, some are widowed. Older seniors are more likely to be widowed than younger seniors. Some live in urban areas, others live in rural areas. As the characteristics of seniors differ, so too do their needs. A range of options is therefore important when providing services for Canada's seniors, whether in the field of housing, traditional medical services or community social services.

Bibliography

Béland, François. "*Living Arrangement Preferences among Elderly People*". In **The Gerontologist**, v. 27, no. 6, 1987, pp. 797-803.

Chan, Kwok B. "*Coping with Aging and Managing Self-Identity: The Social World of the Elderly Chinese Woman*". In **Canadian Ethnic Studies/Études ethniques au Canada**, v. 15, no. 3, 1983, pp. 36-50.

Chappell, Neena L. "*Informal Support Networks among the Elderly*". In **Research on Aging**, v. 5, no. 1, Mar. 1983, pp. 77-99.

Chappell, Neena L. "*Making Sense of Symptoms: Referent Others and Formal Care Workers*". Paper presented at the annual meeting of the Midwest Sociological Society, Chicago, 1987.

Chappell, Neena L., Laurel A. Strain and Audrey A. Blandford. **Aging and Health Care: A Social Perspective**. Toronto: Holt, Rinehart & Winston, 1986.

Evans, Robert G. "*Does Canada Have Too Many Doctors: Why Nobody Loves an Immigrant Physician*". In **Canadian Public Policy/Analyse de politiques**, v. 2, no. 2, Spring 1976, pp. 147-160.

Evans, Robert G. **Strained Mercy: The Economics of Canadian Health Care**. Brown, Maura (ed.). Toronto: Butterworths, 1984.

Lopata, Helena Znaniecki. **Women as Widows: Support Systems**. New York: Elsevier, 1979.

MacLean, Michael J. and Rita Bonar. "*The Ethnic Elderly in a Dominant Culture Long-Term Care Facility*". In **Canadian Ethnic Studies/Études ethniques au Canada**, v. 15, no. 3, 1983, pp. 51-59.

Matthews, Anne Martin. "*Widowhood as an Expectable Life Event*". In **Aging in Canada: Social Perspectives**. Marshall, Victor W. (ed.). 2nd ed. Markham, Ont.: Fitzhenry and Whiteside, 1987, pp. 344-366.

Notes de l'article

1. Vers la fin du XIX^{e} siècle, l'industrialisation des villes exerça une forte influence sur les jeunes générations de familles rurales et, au fur et à mesure que diminuait le taux de mortalité chez ces familles, les garçons voulaient de plus en plus jeunes acquérir la propriété familiale. Pour assurer néanmoins la sécurité de la famille, tout en préservant la tradition, et pour minimiser la tension entre les générations en transférant la propriété de leur vivant, les parents subissaient de fortes pressions pour céder à leur fils aîné, un peu à contre-coeur, leurs titres de propriété. Celui-ci donnait à ses parents, en retour, des garanties pour assurer leur sécurité et leur bien-être pour leurs vieux jours.

2. L'industrialisation a été tout à la fois la cause et l'effet de l'abandon de la vie rurale. Les petites entreprises locales, qui se composaient d'une poignée de travailleurs dans les petits villages et qui ne produisaient des biens que pour les besoins de leur localité, n'ont pu soutenir la concurrence des usines qui produisaient les mêmes biens à meilleur marché et en plus grandes quantités.

3. Les parents ne parvenaient plus à intéresser leurs fils à la terre, même s'ils leur promettaient de la leur léguer. Les fils plus jeunes, les filles et leurs familles ont dû aller à la ville pour trouver un emploi. Leur nouvelle vie et leur travail à la ville leur amenèrent de nouveaux problèmes quant à l'avenir des travailleurs.

4. Au moment de l'adoption des règles régissant la retraite au début du siècle, les travailleurs plus âgés perdirent leur rang au sein de la population active et se retrouvèrent sans emploi. La plupart d'entre eux emmenagèrent chez un fils ou une fille qui était marié, ce qui leur assurait une certaine sécurité au moment d'atteindre le troisième âge. Les moins fortunés finissaient leurs jours dans la pauvreté, car il n'y avait que peu de services sociaux pour les personnes âgées à cette époque-là.

5. Cette situation a poussé le gouvernement à constituer un comité de la Chambre des communes qui a publié son rapport en 1925. Aucune autre mesure n'a été prise jusqu'au moment où J.S. Woodsworth et A.A. Heaps, députés syndicalistes qui représentaient Winnipeg, ont écrit au premier ministre Mackenzie King le 7 janvier 1926 :

Cher M. King,

En tant que représentants du mouvement ouvrier à la Chambre des communes, pourrions-nous vous demander si vous avez l'intention de proposer à la Chambre au cours de la présente session (A) *des dispositions relatives aux chômeurs et* (B) *des dispositions relatives aux pensions de vieillesse.*

Nous prenons la liberté de demander la même chose au chef de l'opposition.

Veuillez agréer l'expression de notre sincère considération.

J.S. Woodsworth

A.A. Heaps

6. Mackenzie King, qui voulait pouvoir compter sur l'appui des deux députés travaillistes, accepta de présenter un projet de loi sur les pensions de vieillesse. Comme il l'indique dans son journal, il a rencontré MM. Woodsworth et Heaps le 26 janvier 1926 :

Ce matin, dans mon bureau, nous avons franchi un pas très important. Les membres du Cabinet ont rencontré MM. Woodsworth et Heaps et ont discuté de la possibilité d'établir des pensions de vieillesse. Bien que certains ministres s'y soient opposés, Lapointe au cours de la conversation et Robb au moyen d'une note en provenance de Finlayson, tous convinrent, lorsqu'ils furent confrontés au cours de la discussion, qu'on devrait proposer un projet de loi qui s'appliquerait au pays tout entier et auquel les provinces pourraient adhérer moyennant un partage égal des frais. Ce serait un programme sans participation pour les personnes de plus de 70 ans. La conférence a duré plus d'une heure et fut très satisfaisante. Il fut convenu qu'on fera rédiger le projet de loi immédiatement.

La loi relative aux pensions de vieillesse fut sanctionnée le 31 mars 1927.

Dessin de couverture et illustration par Murdo Morrison

Secrétariat d'État du Canada
Department of the Secretary of State of Canada

DIRECTION DES ÉTUDES CANADIENNES

RÉALITÉS CANADIENNES

LE VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION CANADIENNE

Neena L. Chappell

Centre de recherche sur le vieillissement
Université du Manitoba

©Ministre des Approvisionnements et Services Canada
N° de cat. S2-184/6-1990
ISBN 0-662-57213-0

Données de catalogage avant publication (Canada)

Chappell, Neena L.
Le vieillissement de la population canadienne

(Réalités canadiennes / Direction des études canadiennes)
Textes français et anglais disposés tête-bêche.
Titre de la p. de t. addit.: The aging of the Canadian population.
Comprend des références bibliogr.
ISBN: 0-662-57213-0

1. Personnes âgées—Canada. 2. Personnes âgées—Santé et hygiène—Canada. 3. Personnes âgées—Soins médicaux—Canada. I. Canada. Secrétariat d'État du Canada. II. Direction des études canadiennes. III. Titre. IV. Titre: The aging of the Canadian population. V. Coll.: Réalités canadiennes (Direction des études canadiennes)

HQ 1064 .C3C42 1990 305.26'0971 C90-099017-1F

Les opinions exprimées dans la présente collection sont celles des auteurs et ne reflètent pas nécessairement les vues ni la politique du gouvernement fédéral.

Avant-propos

Afin de promouvoir l'élargissement des connaissances sur le Canada, le Secrétariat d'État du Canada publie, sous le thème **Réalités canadiennes**, une collection d'ouvrages sur les divers aspects du pays comme la vie de la société canadienne.

La présente plaquette fait partie de cette collection dont la rédaction a été confiée, par la Direction des études canadiennes, à d'éminents chercheurs sous les auspices de l'Association des études canadiennes.

La diffusion de ces publications, que l'on peut se procurer gratuitement auprès du Secrétariat d'État du Canada, contribuera à n'en pas douter à mieux faire connaître le Canada, sa population et ses particularités et à nous inspirer une fierté encore plus grande d'être Canadiens.

Note au sujet de l'auteur

Neena L. Chappell est titulaire d'un doctorat en sociologie de l'Université McMaster de Hamilton, en Ontario. Elle est directrice-fondatrice du centre de recherche sur le vieillissement de l'Université du Manitoba. Elle mène, depuis plus de 10 ans, des recherches sur la gérontologie sociale, plus particulièrement dans les domaines de la santé, des soutiens non structurés et officiels offerts aux personnes âgées du Canada. Elle a publié de nombreux textes dans le domaine, notamment deux ouvrages : Chappell, N.L., L.A. Strain et A.A. Blandford ***Aging and Health Care, a Social Perspective*** Toronto : Holt, Rinehart & Winston, 1986; et Driedger, L. et N.L. Chappell ***Aging and Ethnicity : Toward an Interface*** Toronto : Butterworths, 1987.

Table des matières

Avant-propos	3
Note au sujet de l'auteur	4
Liste des tableaux	6
Résumé	7
Introduction	8
I. Caractéristiques sociales et démographiques	11
A. Différences entre les sexes	11
B. État matrimonial	13
C. Logement	14
D. Revenus et retraite	15
E. Milieu rural et milieu urbain	16
F. Différences ethniques	17
II. État de santé et vieillissement	19
A. Santé physique	19
B. Santé mentale	20
C. Autres types de dépendances	22
III. Changements de rôle à la vieillesse	23
IV. Systèmes de soutien aux personnes âgées	26
A. Arrangements familiaux d'aujourd'hui	26
B. Relations variées	28
V. Le système canadien de soins de santé	30
A. Médecins et hôpitaux	30
B. Programmes communautaires	31
C. Soins de santé pour une société vieillissante	32
Conclusion	33
Bibliographie	35

Liste des tableaux

Description

Tableau 1 : *Personnes âgées de 65 ans et plus au Canada, de 1890 à 2031*

Tableau 2 : *Pourcentage de personnes âgées de 65 ans et plus au Canada, selon l'âge, de 1891 à 2031*

Tableau 3 : *Pourcentage de personnes âgées de 65 ans et plus, selon le sexe, 1891-2031*

Tableau 4 : *Pourcentage de personnes âgées de 65 ans et plus au Canada, selon l'état matrimonial et le sexe*

Tableau 5 : *Revenu annuel moyen des personnes au Canada selon l'âge et le sexe, 1985*

Tableau 6 : *Maladies chroniques et capacités physiques*

Résumé

Cette brochure vous donne un aperçu de la situation des aînés au Canada. On y donne, au début, quelques-unes de leurs caractéristiques sociales et démographiques (sexe, situation de famille, revenu, ethnicité). Puis on y parle de l'état de santé des aînés du Canada, tout autant de leur santé mentale que de leur santé physique. Il y est démontré que, bien que la santé se détériore graduellement au fur et à mesure qu'une personne avance en âge, on est loin de la ruine totale que plusieurs imaginent.

Les auteurs passent ensuite aux rôles sociaux que nous sommes appelés à jouer; ils nous montrent comment ces rôles changent et évoluent avec l'âge. Ils nous parlent de diverses situations qui sont le lot de bien des personnes âgées : la solitude, la retraite, le veuvage. Cependant, ce qui caractérise le vieillissement, ce n'est pas uniquement la renonciation aux multiples activités que nous avons pu faire étant plus jeunes. On reconnaît de plus en plus que la personne âgée peut s'engager dans d'autres rôles, comme celui de grand-parent, ou de prendre soin d'autres personnes. Cette idée d'entraide en appelle une autre, celle des systèmes de soutien chez les aînés. Il y est aussi question des travaux de recherche qui démontrent que les personnes qui vieillissent conservent leurs liens avec leur famille et leurs amis.

La dernière section du livre porte sur l'appareil canadien des soins de santé et sur l'orientation actuelle en faveur des soins médicaux et institutionnels (hôpitaux pour soins intensifs). On y apprend qu'une proportion de plus en plus grande de personnes âgées a besoin, en fait, de services sociaux communautaires plus étendus. Ces services s'adressent plutôt aux malades chroniques ou qui souffrent d'infections aiguës.

Le but de cette brochure est de brosser un tableau réaliste de la situation des aînés au Canada.

Introduction

Le vieillissement de la population est un sujet qui a été à l'origine de nombreux débats au Canada. Les gouvernements et les responsables concernés se rendent compte maintenant que le nombre de personnes âgées au pays augmente sans cesse, et ils ont tenté d'alléger le fardeau financier de ces dernières en encourageant les magasins, les restaurants et les systèmes de transport en commun à leur consentir des réductions. Ce regain d'attention est dû en partie au bouleversement démographique qui est en train de se produire au Canada. Une proportion croissante de Canadiens atteint l'âge de la vieillesse, que l'on considère être de 65 ans et plus. En 1981, environ 10 p. 100 de la population canadienne avait 65 ans et plus, c'est-à-dire, que cette proportion a doublé depuis le début du siècle (voir le tableau 1). Néanmoins, ce chiffre ne représente que la moitié du pourcentage prévu pour l'an 2031, date à laquelle les personnes âgées représenteront 20 p. 100 de la population canadienne.

Toutefois, cet état de choses n'est pas propre au Canada. La même tendance se manifeste partout dans le monde — dans les pays industrialisés comme dans les pays en voie de développement. La proportion de personnes âgées atteint 14 p. 100 à 16 p. 100, dans certains pays européens. En 1981, par exemple, les personnes âgées représentaient 15 p. 100 de la population de la Grande-Bretagne. Pour sa part, le Canada n'atteindra pas ce niveau avant le début du siècle prochain. Après le passage de la génération du « **baby boom** », on s'attend à ce que la proportion des personnes âgées décroisse de nouveau, à cause du « **baby bust** » des années 60 et 70. Jusqu'ici, le taux de natalité n'a pas augmenté au Canada; par conséquent, il n'y a pas lieu de s'attendre à une autre explosion de la population des personnes âgées dans un avenir prévisible.

Tableau 1. Personnes âgées de 65 ans et plus au Canada, de 1890 à 2031

Année	Nombre	Pourcentage
1891	218 790	4.5
1901	271 201	5.0
1911	335 315	4.7
1921	420 244	4.8
1931	576 076	5.6
1941	767 815	6.7
1951	1 086 237	7.8
1961	1 391 154	7.6
1971	1 744 405	8.1
1981	2 360 975	9.7
1986	2 697 575	10.7
2001 (projection)	3 425 000	11.9
2031 (projection)	6 240 000	20.2

Sources : **Recensement du Canada**, 1890-1991, vol. IV, tableau G, p. 404; **Recensement du Canada**, 1961, cat. n° 92-542, tableau 20, pp. 20-1, 20-2; **Recensement du Canada**, 1971, cat. n° 92-715, tableau 7, pp. 7-1, 7-2; **Recensement du Canada**, 1976, cat. n° 92-823, tableau 11, pp. 11-1, 11-2; Recensement du Canada, 1981, non publié, Powell et Martin, 1980; **Recensement du Canada**, 1986, tabulations sommaires, tableau DM86A01, juillet 1987.

Le grand nombre de personnes âgées dans la société contemporaine constitue un précédent historique. Aucune société n'a jamais vu autant de membres de sa population atteindre un âge aussi avancé. Autrefois, les taux de naissance et de mortalité étaient plus élevés, mais l'espérance de vie était relativement courte. Les gens mouraient plus jeunes; la proportion des décès d'enfants, d'adolescents et de jeunes adultes était plus élevée que celle des vieillards. En outre, la mort tendait à être plus subite, causée par les rigueurs du climat, les famines, les accidents, les maladies et les guerres. De nos jours, au contraire, la plupart des personnes vivent jusqu'à un âge avancé et elles développent des maladies chroniques et des déficiences physiques, caractéristiques de cette étape de la vie. Comme le pourcentage élevé de personnes âgées est une nouveauté importante dans l'histoire, nos vieillards sont les pionniers d'un rôle social nouveau.

Les personnes nées en 1960 peuvent s'attendre à vivre 20 ans de plus que celles qui sont nées en 1900. Toutefois, la prolongation de l'espérance de vie a connu un ralentissement, elle s'est même stabilisée, et on ne prévoit aucun changement sur ce plan avant longtemps. Par conséquent, on ne s'attend pas à de nouvelles augmentations importantes de l'espérance de vie dans un avenir rapproché. Fait notable, bien que moins de personnes aient vécu jusqu'à l'âge de 65 dans les sociétés passées, celles qui atteignaient cet âge pouvaient s'attendre à vivre presque aussi longtemps que les personnes âgées d'aujourd'hui.

Le présent ouvrage vise à donner une vue d'ensemble de la population âgée dans la société canadienne. On y trouve d'abord une brève description de certaines caractéristiques sociales et démographiques : sexe, état matrimonial, logement, revenus, milieu rural ou urbain et appartenance ethnique. Ce chapitre met en lumière les tendances générales qui ressortent chez les personnes âgées.

Le deuxième chapitre décrit l'état de santé (santé physique, santé mentale et autres types de dépendances) des personnes âgées au Canada. Il démontre que la vieillesse n'est pas, comme on a tendance à le croire, une période d'effondrement total, bien que la santé devienne plus fragile.

Le troisième chapitre examine les rôles sociaux que nous assumons et la mesure dans laquelle la vieillesse, l'expérience du « syndrome du nid vide », la retraite et le veuvage sont des facteurs d'évolution et de changement de ces rôles. Très souvent, la vieillesse se caractérise par un achèvement des rôles, c'est-à-dire que nous mettons fin à un ou plusieurs des rôles principaux que nous avons eu à jouer au cours de notre existence. La vieillesse comporte ses propres rôles, comme ceux de grand-parent ou de pourvoyeur de soins, par exemple. Ce dernier rôle est particulièrement important, car la santé devient plus fragile avec l'âge.

Le quatrième chapitre traite des systèmes de soutien aux personnes âgées et réfute le mythe que les personnes âgées sont isolées et seules au monde. Les recherches effectuées au Canada tendent plutôt à révéler que les personnes âgées entretiennent des liens solides avec leur famille et leurs amis.

Le cinquième chapitre examine le système de soins de santé au Canada, système officiel vers lequel se tournent les personnes âgées lorsque leurs réseaux de soins officieux ne sont plus en mesure de combler leurs besoins. Ce chapitre traite de l'orientation actuelle des services de soins de santé au Canada vers les soins médicaux et les soins de santé prodigués en établissement aux malades en crise, ainsi que du besoin de mettre davantage l'accent sur les services sociaux communautaires, compte tenu de la proportion accrue de personnes âgées. Cette nécessité découle des besoins d'une société vieillissante où les maladies chroniques tendent à être plus courantes que les maladies aiguës ou les infections.

I. Caractéristiques sociales et démographiques

Le vieillissement est un processus qui s'étend sur toute une vie, depuis l'enfance jusqu'à la mort, ou qui englobe de grandes portions de la vie. Parler de vieillissement signifie parler de vieillesse, mais pas exclusivement. Dans notre société, on s'entend pour dire qu'une personne est âgée si elle a 65 ans ou plus. Cette démarcation chronologique est en fait une définition sociale fondée sur les normes de retraite et sur nos lois régissant les prestations de vieillesse. Plusieurs spécialistes contestent cette démarcation qui, selon eux, renforce les attitudes négatives dominantes d'aujourd'hui en ce qui concerne l'âge. Bien qu'annoncée par la détérioration de la santé et de la capacité de fonctionner de manière efficace, ce qui limite l'indépendance, la vieillesse est en réalité très différente pour chaque personne et dans chaque société.

La définition sociale du vieillissement ne concorde pas avec le processus physiologique du vieillissement qui commence bien avant l'âge de 65 ans. Par exemple, l'affaiblissement de la vue, l'apparition de cheveux gris, la modification de la texture de la peau et la ménopause sont des signes de vieillissement qui se produisent bien avant l'âge de 65 ans. L'événement le plus important qui arrive vers l'âge de 65 ans est la retraite, qui fait l'objet de débats passionnés à l'heure actuelle. L'adoption de lois sur les droits de la personne dans plusieurs provinces (comme le Manitoba et le Nouveau-Brunswick) a mené à l'abolition de la retraite obligatoire à 65 ans pour certaines professions.

C'est au nombre croissant de personnes de 65 ans et plus que nous consacrons le présent ouvrage. De plus en plus de gens vivent jusqu'à un âge avancé au Canada, et ce phénomène s'amplifiera jusqu'en 2031, année où la proportion de personnes âgées dans notre société atteindra un plateau. Les personnes âgées de 65 ans et plus ne forment pas un groupe homogène. En effet, l'écart d'âge entre elles peut aller de 35 jusqu'à 40 ans. Pour cette raison, on parle quelquefois de jeunes-vieux, de vieux et de vieux-vieux. Cette dernière catégorie ne cesse de croître. En 2031, environ 45 p. 100 des personnes âgées au Canada auront 75 ans ou plus. Cela signifie que presque la moitié des personnes âgées feront partie du groupe vieux-vieux (voir le tableau 2).

A. Différences entre les sexes

Au début du siècle, un peu plus de la moitié des personnes âgées étaient des

hommes. De nos jours, pourtant, plus de la moitié des personnes âgées sont des femmes — 58 p. 100 des personnes âgées étaient des femmes en 1986 comparativement à 42 p. 100 qui étaient des hommes (voir le tableau 3). Les projections démographiques indiquent que la proportion de femmes âgées continuera d'être supérieure à la proportion d'hommes âgés; cet écart ne devrait pas s'accroître, mais se stabiliser lorsque la génération du **baby boom** atteindra la vieillesse.

Tableau 2. Pourcentage de personnes âgées de 65 ans et plus au Canada, selon l'âge, de 1891 à 2031

Année	65-69	70-74	75 +	Total
1891	38.8	28.7	32.5	100.0
1901	39.2	28.4	32.4	100.0
1911	39.3	28.2	32.5	100.0
1921	41.0	28.0	31.0	100.0
1931	40.1	29.8	30.0	99.9
1941	40.1	28.3	31.7	100.1
1951	39.9	29.0	31.0	99.9
1961	35.0	28.9	36.1	100.0
1971	35.0	26.2	38.2	99.4
1981	35.8	26.8	37.4	100.0
1986	33.8	27.4	38.8	100.0
2001 (projection)	28.6	25.8	45.6	100.0
2031 (projection)	28.8	26.1	45.1	100.0

Sources : **Recensement du Canada**, 1921, vol. II, tableau 4, pp. 6-7; **Recensement du Canada**, 1931, vol. III, tableau 2, pp. 8-9; **Recensement du Canada**, 1971, cat. n° 92-715, tableau 7, pp. 7-1,7-2; **Recensement du Canada**, 1976, cat. n° 92-823, tableau 11, pp. 11-1, 11-2; **Recensement du Canada**, 1981, cat. n° 92-901, Tableau 1, pp. 1-1, 1-2; **Projections démographiques pour le Canada: les provinces et les territoires**, Statistique Canada, 1984-2006, cat. n° 91-520, tableau D.3, pp. 140-1, 186-7, 232-3, 278-9, 324-5, tableau D.4, pp. 338-42; **Recensement du Canada**, 1986, tabulations sommaires, tableau DM86A01, juillet 1987.

Tableau 3 Pourcentage de personnes âgées de 65 ans et plus, selon le sexe, 1891-2031

Année	Hommes	Femmes
1891	52.3	47.7
1901	51.2	48.2
1911	50.9	49.1
1921	51.2	48.8
1931	51.1	48.9
1941	50.9	49.1
1951	50.8	49.2
1961	48.5	51.5
1971	44.8	55.2
1976	43.7	56.3
1981	42.8	57.2
1986	42.0	58.0
2001 (projection)	41.3	58.7
2031 (projection)	36.9	63.1

Sources : Voir le tableau 2.
Source des projections : Statistique Canada, Projections démographiques, cat. n° 91-520 (publication interne).

L'espérance de vie (le nombre moyen d'années qu'une personne d'un âge donné peut s'attendre à vivre) des femmes est plus élevée que celle des hommes et ce, à la naissance comme à 65 ans. L'espérance de vie à la naissance au Canada en 1986 était de 79,7 ans pour les femmes et de 73 ans pour les hommes. À 65 ans, l'espérance de vie pour les femmes était de 18,9 ans, contre 14,7 ans pour les hommes. Cela signifie qu'une femme qui avait 65 ans en 1986 pouvait s'attendre à vivre jusqu'à l'âge d'environ 84 ans. Un homme qui avait 65 ans en 1986 pouvait s'attendre à vivre jusqu'à l'âge de 80 ans.

B. État matrimonial

Les différences entre les sexes transparaissent aussi dans l'état matrimonial des personnes âgées au Canada. Environ la moitié des personnes âgées sont mariées, et ce rapport n'a presque pas changé au cours du siècle. Bien entendu, les personnes âgées plus jeunes sont davantage susceptibles d'être mariées que les vieux-vieux. Environ un tiers des personnes âgées ont perdu leur conjoint. Dans notre société, le veuvage est un phénomène qui se manifeste surtout au cours de la vieillesse, et il entraîne de nombreux problèmes d'ordre personnel, émotif et économique pour les personnes âgées. Les femmes âgées sont beaucoup plus susceptibles de devenir veuves que les hommes âgés (48 p. 100 des femmes âgées étaient veuves en 1986, alors que seulement 14 p. 100 des hommes âgés étaient veufs la même année). Les hommes âgés sont beaucoup plus susceptibles d'être mariés que les femmes âgées (75 p. 100 des hommes étaient mariés en 1986, par rapport à 40 p. 100 des femmes (voir le tableau 4).

La différence dans l'état matrimonial entre hommes et femmes âgés reflète la tendance des femmes à prendre pour conjoint des hommes plus âgés qu'elles, ainsi que l'espérance de vie plus longue

Tableau 4. Pourcentage de personnes âgées de 65 ans et plus au Canada, selon l'état matrimonial et le sexe

		1891	1921	1931	1941	1951	1961	1971	1981	1986	2001
Femmes : 65+ :	Célibataires	—	10.2	10.9	11.2	10.4	10.2	11.1	9.5	8.6	10.4
	Mariées	40.6	39.8	40.2	41.0	41.6	41.2	36.5	38.4	39.5	32.5
	Veuves	5.3	49.9	48.9	47.7	47.9	48.4	51.6	49.0	48.2	—
	Divorcées	—	.1	.1	.1	.1	.2	.8	1.5	2.1	57.1
	Inconnu	8.1	.0	.0	.0	.0	.0	.1	1.5	1.5	—
		94.0	100.0	100.1	100.0	100.0	100.0	100.1	99.9	99.9	100.0
Hommes : 65+ :	Célibataires	—	8.7	10.5	11.8	11.8	10.8	10.6	8.5	7.5	9.8
	Mariés	69.5	67.4	65.2	64.5	65.7	68.5	71.7	73.2	74.5	69.0
	Veufs	24.1	23.7	24.1	23.6	22.3	20.4	16.7	14.1	13.5	—
	Divorcés	—	.2	.1	.2	.2	.4	.9	1.8	2.3	21.2
	Inconnu	6.4	.0	.1	.0	.0	.0	.0	2.3	2.2	—
		100.0	100.0	100.0	100.1	100.0	100.1	99.9	99.9	100.0	100.0

Sources : **Recensement du Canada**, 1921, vol. II, tableau 19, p. 115, table 20; **Recensement du Canada**, 1931, vol. III, tableau 12, p. 94; **Recensement du Canada**, 1941, vol. III, tableau 7, pp. 94-95; **Recensement du Canada**, 1951, vol. II, tableau 1, pp. 1-1, 1-2; **Recensement du Canada**, 1961, cat. n° 92-552, tableau 78, pp. 78-1, 78-2; **Recensement du Canada**, 1971, cat. n° CS92-730, tableau 1, pp. 1-1, 1-2; Recensement du Canada, 1981, données non publiées, Bureau régional de Winnipeg; **Projections des ménages et des familles pour le Canada et les provinces jusqu'en 2001**, Statistique Canada, cat. n° 91-517, tableau A, p. 199, tableau B, p. 212, tableau C, p. 225; **Recensement du Canada**, 1986, tabulations sommaires, Table DM86A01, juillet 1987.

des femmes. Cette différence signifie que les femmes procurent soins et assistance à leur époux au moment où l'état de santé de celui-ci se détériore. Malheureusement, au moment où les femmes ont besoin de soins à leur tour, leur mari est souvent déjà décédé.

L'explication de la différence entre l'espérance de vie des femmes et celle des hommes est le sujet de nombreux débats. Certains affirment que c'est une indication de la supériorité biologique des femmes sur les hommes, ce qui n'a jamais été prouvé. D'autres croient que les hommes subissent plus de stress que les femmes et, qu'en conséquence, ils meurent plus tôt. D'autres encore sont d'avis que les capacités socio-affectives des femmes leur permettent de mieux affronter les problèmes de la vie.

Les différences d'état matrimonial selon le sexe se reflètent également dans le lieu de résidence des personnes âgées. En 1986, la proportion de personnes âgées demeurant avec leur conjoint ou avec un enfant célibataire était de 78 p. 100 pour les hommes et de 47 p. 100 seulement pour les femmes. Par contraste, les femmes âgées étaient plus susceptibles de demeurer seules (38 p. 100 en 1986) que les hommes (14 p. 100 des hommes âgés). En fait, depuis quelques années, une proportion croissante des personnes âgées, en particulier des femmes, dans tous les pays industrialisés habitent seules. Cette tendance au Canada n'est pas assimilée à un isolement imposé. Au contraire, on attribue le haut pourcentage de personnes âgées qui vivent seules au fait que ces personnes ont à leur disposition un plus grand éventail de choix qu'auparavant, ayant été affranchies par la sécurité économique minimale que leur procure des programmes comme les prestations de sécurité de la vieillesse et le Supplément du revenu garanti. De nos jours, les personnes âgées sont plus autonomes sur le plan économique et peuvent se loger comme elles l'entendent. Elles peuvent choisir notamment la vie en appartement qui leur permet de vivre seules, dans l'intimité, tout en se sentant en sécurité. L'option de vivre seul est devenue une norme sociale acceptée.

C. Logement

Les personnes âgées au Canada ont de plus en plus la possibilité de choisir le domicile qui leur convient le mieux. En règle générale, le logement et les soins de santé relèvent d'instances différentes dans la province. Il existe un ministère provincial responsable des services de logement, un autre, des soins de santé, et un troisième, des services sociaux et communautaires. Les besoins des personnes âgées ne se prêtent pas à une séparation aussi nette. Des options semblables à celle des logements protégés en Grande-Bretagne, où les personnes demeurent dans un complexe domiciliaire qui offre divers services en plus du logement lui-même, ne se sont pas encore répandues au Canada.

Jusqu'à tout récemment, peu d'endroits étaient conçus de façon ergonomique (couloirs larges pour faciliter le passage des fauteuils roulants et des rampes dans les baignoires, par exemple) pour répondre aux besoins particuliers des personnes âgées. On remarque des changements dans ce domaine aussi. De nouvelles options verront le jour au Canada, au fur et à mesure que l'on reconnaîtra de nouveaux besoins. Il existe actuellement plus de complexes domiciliaires destinés aux personnes âgées (plusieurs d'entre eux bénéficient d'allocations de logement spéciales) qu'il n'y avait dans le passé. Des études sont en cours sur le genre de services dont les personnes âgées aimeraient bénéficier dans ces complexes domiciliaires. Les changements commencent à peine à se faire sentir et ils seront de plus en plus apparents dans les décennies à venir.

Il fut un temps où les avantages de la ségrégation pour les personnes âgées

Photo : Santé et Bien-être social

donnaient lieu à des débats passionnés en gérontologie. Les villages de retraités en sont un exemple. Certains y voient des **ghettos**; d'autres reconnaissent qu'il y a des personnes âgées qui préfèrent ce mode de vie. La vie en appartement au centre-ville, près de toutes les commodités, apparaît aux yeux de nombreuses personnes âgées comme une option qui offre une sécurité relative, tout en leur permettant de conserver leur autonomie et leur indépendance. D'autres préfèrent demeurer dans leur propre maison. Il est essentiel d'offrir diverses options de logement afin de répondre aux besoins et aux préférences de ce groupe hétérogène.

D. Revenus et retraite

Les revenus des personnes âgées sont faibles, par rapport à ce qu'elles gagnaient au cours des années de travail. Le revenu des moins de 25 ans et des plus de 65 ans est inférieur à celui des travailleurs et, fait notable, les revenus des femmes sont inférieurs à ceux des hommes. Cela est vrai aussi chez les

Tableau 5. Revenu annuel moyen des personnes au Canada selon l'âge et le sexe, 1985

Âge	Hommes	Femmes
15–19	3 595 $	3 050 $
20–24	11 299	8 744
25–29	20 456	13 781
30–34	26 152	15 079
35–39	30 329	15 916
40–44	32 586	16 103
45–49	32 214	15 395
50–54	31 027	14 535
55–59	29 387	13 621
60–64	25 322	11 423
65–69	20 485	10 917
70+	15 658	11 147

Source : Statistique Canada. **Revenu total : des particuliers, recensement 1986**, cat. n° 93-114, tableau 5. Ottawa (Ontario) : Approvisionnements et Services Canada, 1989.

personnes âgées (voir le tableau 5). Le revenu des femmes décroît de manière moins prononcée que celui des hommes, mais il est inférieur au départ. Le revenu annuel moyen des femmes âgées en 1985 était de 11 147 $, par rapport à 15 658 $ pour les hommes âgés.

La retraite obligatoire, la souplesse dans les modes de travail et de retraite et l'exclusion généralisée des personnes âgées du travail rétribué font aussi l'objet de débats importants. Le rôle du travail rétribué demeure important dans la société, donnant un sentiment d'utilité et d'identité. Les personnes exclues du marché du travail risquent de se sentir inutiles et de trop. À l'exception des prestations gouvernementales, les pensions de retraite sont liées au travail rétribué, ce qui exclut la plupart des femmes, notamment celles qui sont âgées aujourd'hui. Même les femmes qui sont rétribuées pour leur travail occupent souvent des emplois intermittents ou à temps partiel qui ne paient pas beaucoup et, par conséquent, leurs pensions sont minimes, sinon inexistantes. À tout prendre, il est généralement accepté que la valeur des femmes demeure en grande partie fonction de leur jeunesse et de leur capacité de donner naissance aux enfants.

En règle générale, les personnes âgées ont été exclues du travail rétribué. En 1986, seulement 13,7 p. 100 des hommes âgés au Canada avaient un emploi rémunéré intermittent, à temps partiel ou à temps complet. Ce chiffre était encore plus bas pour les femmes, soit 4,2 p. 100. On ne sait pas encore dans quelle mesure **la Charte des droits de la personne** entraînera une augmentation du nombre de personnes âgées qui conserveront leur emploi. Les décisions qui ont été prises récemment dans les diverses cours du pays manquent de cohérence. La retraite est devenue une institution dans notre société, un événement normal et prévisible. Par ailleurs, la plupart des gens s'adaptent bien à la retraite, surtout s'ils l'ont choisie volontairement; ils restent en bonne santé et disposent de moyens économiques suffisants. L'avenir nous dira si l'âge normal de la retraite sera reculé.

E. Milieu rural et milieu urbain

Bien qu'on puisse déceler des tendances générales qui caractérisent les personnes âgées, il est évident qu'elles font partie d'un groupe hétérogène. N'importe lequel

Photo : Santé et Bien-être social

des aspects de leur vie peut illustrer ces différences. Par exemple, les personnes âgées vivent différemment en milieu rural et dans les centres urbains. Certains estiment que la vie rurale offre plus d'interactions et d'attaches personnelles que la vie urbaine. Ces interactions s'établissent avec les autres membres de la famille et avec les amis ou dans le cadre d'activités sociales et communautaires. Si la vie rurale entraîne ou non une meilleure qualité de vie, un plus grand bonheur et un meilleur moral reste discutable. Quelques études soutiennent cette vision de la vie rurale; d'autres non.

Un nombre significatif de personnes âgées s'établissent à la campagne au moment de la retraite pour y trouver un mode de vie impossible dans les grandes villes. Les autres choisissent de rester en milieu urbain. Les grandes villes offrent plus de services de santé que les milieux ruraux, et ce, sans problème de transport. En outre, on a plus de chance de profiter d'innovations technologiques en milieu urbain qu'en milieu rural.

F. Différences ethniques

Il existe aussi des différences sous-culturelles (ethniques, minoritaires et raciales) entre les personnes âgées. La relation entre l'appartenance ethnique et le vieillissement n'a pas été examinée à fond au Canada. Pour ce qui est des études menées aux États-Unis, elles tendent à porter sur les Noirs et les Chicanos (Mexicano-américains), groupes dont l'importance numérique est moindre au Canada. Il n'en reste pas moins que la population des personnes âgées au Canada présente un vaste panorama

Photo : Santé et Bien-être social

ethnique, et que cette diversité de valeurs culturelles et de modes de vie sont des facteurs de différenciation entre les personnes âgées. On commence à peine à s'intéresser aux différences ethniques entre les personnes âgées au Canada.

Les personnes âgées présentent aussi des différences en ce qui a trait à leur état de santé. Toutefois, on décèle des tendances au sein de ce groupe qui suggèrent que la détérioration de l'état de santé des personnes âgées n'est pas aussi alarmante qu'on le croit généralement.

II. État de santé et vieillissement

L'une des principales préoccupations des gens et de la société en général en matière de vieillissement est la détérioration de l'état de santé qui, en règle générale, est associée à une plus grande dépendance personnelle et à la perte d'autonomie. Bien que l'état de santé se détériore avec l'âge, cette détérioration ne se produit que progressivement chez la plupart des personnes âgées et celles-ci apprennent à s'adapter aux changements. Pourtant, à cause des pressions accrues qui en résultent sur les services de santé organisés, l'inquiétude prend une dimension sociale.

A. Santé physique

L'état de santé des personnes âgées est surtout interprété en fonction de leur santé physique, de la présence ou de l'absence de maladies, ou de leur degré de capacité fonctionnelle. La plupart des personnes âgées souffrent d'au moins une maladie chronique dans une proportion de 85 p. 100, selon **l'Enquête santé Canada** de 1978-1979. Par maladie chronique, on entend, par exemple, les troubles cardiaques et circulatoires, la congestion cérébrale, l'arthrite et les rhumatismes, la paralysie, les troubles de la vue que ne peuvent corriger les lunettes, les problèmes auditifs et dentaires, les troubles digestifs et le diabète. Les maladies chroniques les plus fréquentes chez les personnes âgées sont les troubles cardiaques, l'arthrite, les rhumatismes chroniques et l'hypertension. Cependant, les troubles cardiaques mis à part, ces maladies chroniques ne sont pas nécessairement mortelles. Les maladies les plus fréquentes chez les personnes âgées ne sont effectivement pas les causes les plus fréquentes de décès. Celles-ci sont les maladies cardiaques et le cancer, suivis des maladies cérébro-vasculaires.

Les maladies chroniques n'entraînent pas obligatoirement la réduction des activités ou l'incapacité fonctionnelle. Les mesures du rendement physique sont populaires, car elles rendent possible une définition sociale de la santé : elles permettent d'évaluer, non pas des données essentiellement médicales ou biologiques, mais le rendement normal en fonction des rôles sociaux et, partant, toute déviation par rapport à ce rendement. Par conséquent, l'incapacité fonctionnelle est une mesure des limitations des activités quotidiennes, par suite de maladies ou de blessures. En règle générale, on évalue les capacités physiques selon les activités quotidiennes, comme monter et descendre les escaliers, préparer les repas, aller à la salle de bains, manger, se couper les ongles des orteils, etc.

L'Enquête santé Canada démontre que moins de la moitié des personnes âgées souffrent d'une incapacité fonctionnelle, c'est-à-dire que leurs activités sont limitées d'une manière quelconque (voir le tableau 6). De plus, lorsqu'on examine les limitations sérieuses ou les incapacités graves, le pourcentage des personnes atteintes est encore plus faible. Moins d'un tiers des personnes âgées sont atteintes d'incapacité fonctionnelle grave, et ce n'est qu'une minorité des personnes âgées de 65 ans et plus au Canada qui souffrent d'incapacité fonctionnelle grave les empêchant de vaquer à des activités quotidiennes, comme manger, se mouvoir et faire leur toilette.

En résumé, bien que plus des trois quarts des personnes âgées souffrent d'une maladie chronique, moins de la moitié d'entre elles souffrent d'une incapacité fonctionnelle, et une proportion encore moindre, environ un tiers, souffrent d'incapacité fonctionnelle grave. Ces chiffres ne tiennent pas compte de la douleur et des malaises, sauf dans la mesure où la douleur elle-même est une source d'incapacité fonctionnelle.

B. Santé mentale

Les changements requis dans le domaine des services de santé mentale sont beaucoup plus problématiques. Les processus mentaux comprennent les fonctionnements cognitif, psychologique et émotif, dont on sait qu'ils sont associés à l'état physiologique et à l'environnement social. Sur le plan physiologique, il est plus ou moins prouvé qu'il existe une relation entre le vieillissement et la détérioration de la vue et de l'ouïe, ainsi qu'avec une diminution mineure du goût et du sens de l'équilibre, et de la sensibilité au toucher et à la douleur. De telles pertes de sensations physiques peuvent influer sur le bien-être psychologique et sont parfois diagnostiquées à tort comme des troubles mentaux. Parfois, des changements de comportement, comme le fait de ne pas répondre aux questions ou de heurter des objets, passent pour être d'origine mentale, alors qu'ils ne sont en fait que le résultat de la réduction de l'acuité auditive et visuelle. L'exactitude du diagnostic revêt, donc, une importance capitale.

Cependant, pour ce qui est de la cognition ou de l'intelligence, il n'existe aucune preuve concluante que le vieillissement entraîne une réduction sensible des facultés intellectuelles ou de la mémoire. Le risque de maladies pouvant affaiblir la mémoire est plus grand, mais, lorsqu'on suit des gens jusqu'à la vieillesse, on ne discerne guère ou pas de diminution des facultés intellectuelles. En

Tableau 6. Maladies chroniques et capacités physiques

	Canada	
	<64	65+
Maladies chroniques :		
Aucune	48.7 %	14.4 %
Au moins une	51.3 %	85.6 %
Capacités physiques :		
Aucune limitation	90.0 %	61.8 %
Quelques limitations	2.1 %	3.2 %
Limitation des activités principales	5.4 %	26.2 %
Aucune activité principale	1.5 %	8.7 %

Source : **Enquête santé Canada**. Santé et Bien-être social Canada et Statistique Canada, Ottawa (Ont.) : Approvisionnements et Services, 1981.

d'autres termes, sur le plan intellectuel, les différences entre les jeunes et les vieux relèvent du phénomène des générations et non du processus de vieillissement en soi. Il est possible que les personnes âgées d'aujourd'hui réussissent moins bien à des tests d'intelligence parce qu'elles sont peu instruites ou parce qu'elles ne sont pas habituées au type de tests qu'on leur fait subir. Les personnes plus jeunes ont de meilleurs résultats parce que leur niveau d'instruction est plus élevé et qu'elles possèdent l'expérience nécessaire pour passer les tests avec succès.

Le problème de la déchéance des facultés intellectuelles, communément appelée sénilité et démence, date de longtemps. En fait, la peur de la sénilité est l'une des plus fortes qui soient associées au vieillissement. Les deux causes de démence les plus courantes sont le syndrome d'Alzheimer, dont on parle beaucoup de nos jours et qui frappe plus de 50 p. 100 des personnes atteintes de démence, et la démence vasculaire ou artériosclérose, qui en frappe 20 p. 100. Il n'existe à l'heure actuelle aucun traitement connu pour prévenir ou guérir la maladie d'Alzheimer. L'une des difficultés auxquelles font face les chercheurs est l'absence de tout test diagnostic autre que l'autopsie. L'incertitude des diagnostics rend difficile, sinon impossible, l'évaluation de la prédominance du syndrome d'Alzheimer parmi les personnes âgées. Selon certaines estimations, entre cinq et six pour cent des personnes âgées seraient atteintes de démence et la moitié d'entre elles, de la maladie d'Alzheimer. Il est à noter que les vives inquiétudes de la société au sujet de cette maladie sont dues à l'augmentation de la proportion de personnes âgées et non de victimes parmi les personnes âgées.

Les chercheurs portent un intérêt de plus en plus grand à la dépression, surtout parce qu'elle peut être traitée avec succès. La plupart des personnes atteintes de dépression peuvent être guéries.

Cependant, les dépressions peuvent être légères ou graves et présenter des symptômes variés. Puisqu'il n'existe aucun diagnostic clinique pour la dépression, il est difficile d'en évaluer la fréquence. Ce manque d'information soulève des inquiétudes, car les personnes qui en sont atteintes risquent de se faire donner un diagnostic de démence et de ne pas recevoir le traitement indiqué pour leur dépression.

Certains spécialistes sont d'avis que, à l'heure actuelle, les personnes âgées souffrent de dépression dans une proportion de 13 à 15 p. 100. Contrairement à la croyance populaire, les personnes âgées ne sont pas plus susceptibles de souffrir de dépression que les groupes plus jeunes; en fait, les adolescents sont plus susceptibles de souffrir de dépression que les personnes âgées. La diminution des facultés mentales et l'augmentation des maladies mentales ne semblent toucher qu'une petite proportion des personnes âgées. Ce ne sont pas des problèmes particuliers au vieillissement. Ceci étant dit, il ne faut pas minimiser la souffrance de ceux qui subissent une détérioration des facultés mentales et celle des êtres chers qui les entourent. Bien que la plupart des personnes âgées ne souffrent pas de déficience mentale, il est vrai que les risques augmentent lorsqu'on atteint l'âge du groupe vieux-vieux.

Il existe également des différences d'état de santé suivant le sexe, comme c'est le cas pour les groupes de personnes plus jeunes. Les femmes tendent à se plaindre de plus de symptômes que les hommes, mais le taux de mortalité des hommes est plus élevé à un âge plus jeune. L'interprétation à tirer de ces différences a produit beaucoup de discussions. Certains affirment que les femmes sont en effet malades plus souvent que les hommes et, par conséquent, déclarent plus de symptômes. D'autres prétendent que les femmes ne sont pas malades plus souvent que les hommes, mais qu'on accepte mieux socialement qu'elles se

Photo : Santé et Bien-être social

plaignent de symptômes et recherchent des soins, ce qui explique les différences statistiques. D'autres encore prétendent que les femmes et les hommes sont malades au même degré, mais que, connaissant mieux leur corps, les femmes sont plus sensibles aux symptômes. Comme c'est le cas pour l'interprétation de la différence dans les taux de mortalité entre les deux sexes, le débat est loin d'être clos, car aucune preuve concluante n'étaye l'une ou l'autre de ces explications.

Il existe aussi des différences importantes entre les hommes et les femmes en ce qui a trait à la perception subjective de la santé, c'est-à-dire, ce que les gens pensent de leur propre état de santé. Les femmes tendent à penser que leur santé est aussi bonne, voire meilleure que celle des hommes, même si elles font état de plus de symptômes. En règle générale, la plupart des personnes âgées jugent que leur état de santé est bon ou excellent. Leur santé s'est probablement détériorée par rapport à celle des jeunes adultes, mais leur attitude s'explique en fait par leurs attentes. Les autorités croient que les personnes âgées se comparent à d'autres personnes de leur âge et évaluent leur état de santé en termes relatifs. De plus, en étant réalistes face à leur propre âge, elles sont d'avis que tout va bien par rapport à ce qui pourrait arriver. Seul un petit nombre de personnes âgées ont le moral bas ou se croient en mauvaise santé.

C. Autres types de dépendances

En plus du domaine de la santé physique ou mentale, d'autres types de dépendances ont un effet sur les personnes âgées. La dépendance économique peut être liée aux autres types de dépendance et peut influer sur eux. Des études ont démontré que le fait d'être désavantagé économiquement est une des causes de mauvaise santé, de mauvaise nutrition, de diverses maladies et de la réduction du taux de survie. La situation économique des personnes âgées est très souvent soit le prolongement de celle qu'elles ont connue plus jeunes, soit l'aggravation de leur situation antérieure. On ne sait pas si les effets de cette dépendance sont cumulatifs, mais certains indices portent à le croire.

On peut aussi être soumis à une dépendance de nature sociale. Dans ce cas, il s'agit de relations et de situations créées pour une personne par la structure sociale. L'exclusion des personnes âgées du travail rétribué, qui tend à les désavantager sur le plan économique, la mauvaise santé des pauvres, en général, comparable à ceux qui ont un standard de vie plus élevé, le milieu existant, ordinairement plus accessible aux jeunes gens mobiles qu'aux personnes âgées moins agiles, représentent tous des formes de dépendance sociale.

III. Changements de rôle à la vieillesse

De même qu'il y a des changements de santé relatifs au vieillissement, de même il y a des changements de nos rôles dans la société.

Le « rôle sans rôle » des personnes âgées est un sujet qui a fait couler beaucoup d'encre au cours des années 50 et 60. On ne percevait aucune fonction sociale rattachée à la vieillesse, les hommes ayant délaissé le rôle de travailleur rétribué au moment de la retraite. Pour leur part, les femmes avaient perdu les rôles de mère et d'épouse, ayant fini d'élever leurs enfants et peut-être perdu leurs conjoints. La sortie des rôles (l'achèvement des années de travail ou de l'éducation des enfants, ou la fin d'un mariage occasionné par la mort d'un époux) a fait conclure à certains spécialistes que les personnes âgées n'avaient pas leur place dans la société, ce qui avait des effets psychologiques négatifs.

Depuis, les recherches ont montré que la retraite est devenue un événement normal et attendu, que la plupart des gens s'y adaptent bien et que ses effets sont beaucoup moins nuisibles qu'on ne le croyait. Cela est surtout vrai chez les personnes qui prennent la retraite anticipée, qui sont en bonne santé, et qui disposent de moyens économiques suffisants. La retraite forcée, la mauvaise santé et le manque d'argent contribuent, par contre, à réduire le niveau de satisfaction à cette période de vie.

De même, les Canadiennes, comme les femmes ailleurs dans le monde, ne réagissent pas négativement au départ de leurs enfants. En fait, le père et la mère semblent réagir positivement lorsque leurs enfants déménagent. Les parents des deux sexes, mais plus particulièrement les hommes, expriment leur satisfaction à l'idée de pouvoir consacrer plus de temps à leur mariage. Il existe peu d'études sur ce sujet, mais celles qui y sont consacrées suggèrent que le « syndrome du nid vide », pour une large part, est un mythe.

Le veuvage, par contre, est l'un des événements les plus traumatisants de la vie, et il est généralement suivi d'une période de détresse. Le degré d'adaptation au veuvage varie et il dépend de plusieurs facteurs, dont l'âge au moment du décès du conjoint, l'importance qu'avait pour la femme son rôle d'épouse et le mode de vie du couple. La solitude est un problème majeur, quel que soit le degré d'adaptation, et elle prend plusieurs visages. Pour certaines femmes, c'est regretter la présence de son partenaire ou de son compagnon, pour d'autres,

quelqu'un de qui prendre soin ou avec qui parler.

On a distingué trois modes de réintégration sociale chez les veuves : la solution moderne, la solution traditionnelle et l'isolement social. La veuve moderne réexamine son mode de vie et ses objectifs et choisit les aspects de son rôle d'épouse qu'elle désire conserver et qu'elle est en mesure de poursuivre. Elle modifie son entourage, passant d'activités de couple à une intimité différente ou plus personnelle. Bref, elle se contruit une nouvelle vie de femme célibataire.

La veuve traditionnelle maintient de son mieux la vie qu'elle menait lorsqu'elle était mariée. Elle est susceptible de rester en relation avec sa famille, ses amis et ses voisins, tout comme elle le faisait avant le décès de son conjoint.

Comme le terme l'indique, l'isolée sociale tombe dans l'isolement après le décès de son conjoint. Il est possible qu'elle n'ait jamais été très proche de sa famille ou de ses amis ou qu'elle soit incapable de maintenir ces relations après le décès de son conjoint, à cause du manque d'argent ou d'un mauvais état de santé. Elle ne possède pas les aptitudes sociales requises pour assumer de nouveaux rôles sociaux ou modifier quelques-uns des anciens rôles qu'elle remplissait.

Les études sur la retraite portent surtout sur les hommes; nous en savons relativement peu sur la retraite des femmes. Nombre des premières études sur les femmes supposaient que leur contribution au travail rétribué avait une importance mineure dans leur vie. Par contre, la plupart des études sur le veuvage portent sur les femmes; l'on néglige clairement d'étudier le cas des veufs.

Ce n'est que tout récemment que l'on a commencé à s'intéresser aux nouveaux rôles assumés par les personnes âgées (par opposition à l'abandon de leurs rôles). Parmi ces nouveaux rôles, mentionnons le bénévolat, le rôle de grand-parent et la prestation de soins. Le bénévolat n'est populaire chez aucun des groupes d'âge, et les personnes âgées qui en font sont généralement celles qui en faisaient plus jeunes. Toutefois, il est difficile de tirer des conclusions des études existantes, car peu d'entre elles traitent du sujet à fond. Les gens s'entraident fréquemment, sans apposer l'étiquette de « bénévolat » à ces activités; la plupart des études sur le bénévolat portent sur les activités bénévoles au sein d'organismes officiels.

Comme il y a plus de personnes âgées dans notre société, le nombre de grands-parents est plus élevé. En outre, les jeunes enfants sont généralement en contact avec leurs grands-parents pendant une plus grande partie de leur vie; des études dans ce domaine sont en cours à l'heure actuelle. Nous savons que l'on peut jouer son rôle de grand-parent de diverses manières : on peut être l'ami ou le copain de ses petits-enfants, correct et sage, autoritaire ou encore distant.

L'un des rôles importants qu'assument bon nombre de personnes âgées est celui de soigner leurs contemporains. On a traité de ce sujet au chapitre IV.

Comment s'occupent les personnes âgées? Elles passent souvent beaucoup de temps avec les autres, avec des membres de leurs familles ou des amis. Les relations qu'elles entretiennent avec leur famille prennent la forme de visites et de réunions familiales qui permettent une grande variété d'interactions : soutien émotif, échange de biens et d'informations, liens d'amitié, partage et assistance. Sur le plan des générations, les personnes âgées tendent à entretenir des relations familiales avec leurs enfants et petits-enfants seulement, bien que cela puisse changer avec l'avènement de familles à trois, voire quatre générations, suite aux changements démographiques. Bien que l'interaction des personnes âgées avec leurs petits-enfants tende à

Photo : Santé et Bien-être social

être de nature sociale, les échanges avec leurs enfants comportent souvent une composante supplémentaire — l'aide.

Les amitiés qui se développent entre des personnes du même âge restent aussi importantes pendant la vieillesse qu'aux autres étapes de la vie. La plupart d'entre nous recherche la compagnie d'autres personnes qui ont les mêmes conditions de vie, qui partagent les mêmes souvenirs et qui considèrent l'avenir du même point de vue. Une pareille solidarité n'est possible qu'entre personnes du même âge. En outre, nous savons que ce dont est fait le bonheur personnel est commun aux personnes âgées et aux personnes plus jeunes; ce sont, par exemple, une bonne santé, de bonnes relations avec les membres de la famille et les amis et une situation socio-économique convenable. Il est aussi important de maintenir la continuité entre les années adultes et l'âge avancé. L'entretien des relations suivies avec sa famille et ses amis demeure une composante importante du bonheur pendant la vieillesse.

Pour vraiment comprendre la vie des personnes âgées, il importe de la considérer selon leur point de vue. Par exemple, leur notion de loisirs est différente de celle des travailleurs. Les retraités tendent à associer les loisirs au plaisir et à la détente, contrairement aux travailleurs qui les associent au temps libre. Comme les personnes âgées considèrent tout leur temps comme du temps libre, il n'est pas surprenant qu'elles cessent d'identifier les loisirs au temps libre.

IV. Systèmes de soutien aux personnes âgées

La croyance répandue que la société canadienne contemporaine isole et néglige sa population âgée est fausse, comme l'est la vision nostalgique des familles à trois générations d'autrefois. Il existe peu de preuves de la prédominance de familles à plusieurs générations dans les premières sociétés industrielles. La famille typique où trois générations vivaient ensemble sous le même toit, et dans laquelle les personnes âgés jouaient un rôle important, n'était pas très répandue en Europe et elle s'avérait presque inexistante aux États-Unis. À l'époque préindustrielle, peu de personnes atteignaient l'âge de 65 ans ou le dépassaient. Les personnes qui vivaient jusqu'à cet âge étaient parfois abandonnées et vivaient souvent dans la pauvreté. Néanmoins, la famille, en sa qualité de noyau de relations intimes, a toujours été un véhicule de soutien, de chaleur humaine et d'engagement pour les personnes de tout âge, et cela reste vrai de nos jours.

A. Arrangements familiaux d'aujourd'hui

Bien qu'il ne soit pas rare d'entendre parler de la famille nucléaire d'aujourd'hui, de nombreuses recherches ont démontré que ce type d'arrangement familial n'est pas représentatif des ménages contemporains. Ce qui prévaut plutôt dans la société canadienne actuelle, c'est une variante de la famille étendue. En effet, alors que les parents et les enfants tendent à vivre habituellement ensemble, ils maintiennent des relations étroites de soutien mutuel avec les autres membres de la famille. En fait, le soutien offert par les parents et les amis est une des principales formes d'aide dont bénéficient les personnes âgées de nos jours. On évalue à environ 80 p. 100 la proportion de tous les soins apportés par les parents proches et les amis. Les données canadiennes indiquent que près de 94 p. 100 des personnes âgées qui bénéficient d'une aide reçoivent celle-ci des réseaux officieux (famille et amis). En outre, 80 p. 100 des 15 p. 100 qui obtiennent des soins officiels, c'est-à-dire, des soins offerts par les organismes des services communautaires, les hôpitaux, etc. reçoivent une aide simultanée de leur famille et des amis.

Le terme, « aide », renvoie principalement aux activités dites accessoires de la vie quotidienne : travaux ménagers (y compris la préparation des repas), nettoyage, transport, emplettes, transactions bancaires et autres. Il est courant de voir des parents et des amis aider les personnes âgées dans ces tâches. Néanmoins, cer-

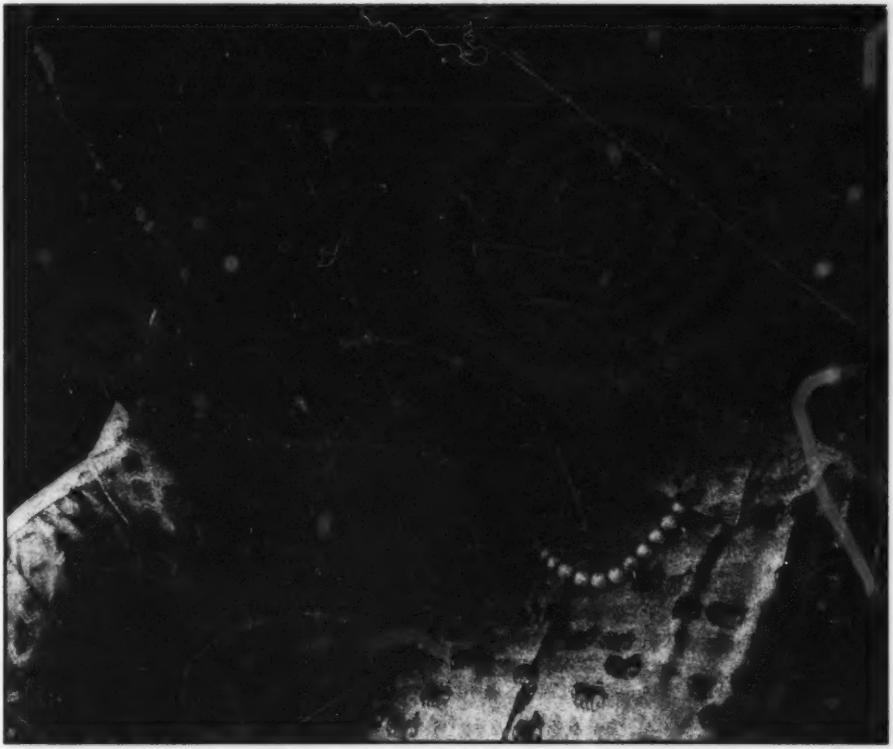


Photo : Miller Comstock

taines autres activités quotidiennes, dites de base, peuvent nécessiter une aide, y compris les activités physiques et l'hygiène personnelle : marcher, manger, se laver, aller aux toilettes. Peu de personnes âgées souffrent de déficiences dans ces domaines, mais ces dernières peuvent mener au placement en établissement de soins de longue durée, surtout si des parents et des amis sont incapables de fournir l'aide nécessaire.

Presque tous, nous avons besoin de compagnie et de relations intimes (de confidents). Cela est vrai autant pour les personnes âgées que pour les plus jeunes; la plupart des gens âgés disent qu'ils en ont tous les deux. Une étude récente publiée à Winnipeg indique que 96 p. 100 des personnes âgées entretiennent des relations amicales avec d'autres personnes et que 84 p. 100 d'entre elles ont des confidents. Les hommes et les femmes sont également susceptibles de considérer leur conjoint comme un compagnon ou une compagne; cependant, les hommes sont plus susceptibles de considérer leur épouse comme confidente. Pour leur part, même mariées, les femmes tendent à mentionner une fille ou une amie plutôt que leur conjoint ou en plus de ce dernier. En d'autres termes, sur le plan affectif, les hommes semblent dépendre davantage de leur épouse que les femmes de leur mari; ces dernières semblent avoir plus de facilité à remplacer les liens familiaux par des amitiés.

Dans toute société post-industrielle complexe comme la société canadienne contemporaine, toutes les personnes, sans égard à leur âge, se voient confrontées

au problème que représente l'énorme explosion d'information que nous vivons. Pour prendre des décisions éclairées et utiliser les services d'une manière efficace, il faut savoir recueillir les renseignements pertinents sur les questions relatives à la vie quotidienne. La personne qui ne sait pas qu'un service existe ne peut pas en profiter. On en connaît peu sur les besoins d'information des personnes âgées au Canada. Les chercheurs et les spécialistes s'inquiètent de la pénurie de moyens de faire parvenir aux personnes âgées les renseignements pertinents sur les options dont elles disposent.

B. Relations variées

Les relations de soutien varient selon les personnes en cause. Par exemple, les relations entre les conjoints ne sont pas les mêmes que celles qui s'établissent entre une personne et sa fille. Nous savons que le rôle de soutien mutuel est vital pendant les années de mariage. Cela demeure vrai pendant la vieillesse, et ce rôle devient souvent critique lorsque l'état de santé se détériore. Les couples âgés tendent à répartir différemment les tâches domestiques et autres lorsque la santé de l'un ou l'autre conjoint, voire des deux, commence à se détériorer. Compte tenu du fait que les femmes épousent généralement des hommes plus âgés qu'elles et que leur espérance de vie est plus longue que celle de leur conjoint, elles sont plus susceptibles d'assumer le rôle de pourvoyeur de soins. Cela signifie que les femmes ont plus de responsabilités et qu'elles travaillent davantage en vieillissant. Néanmoins, il semble que les avantages de la relation matrimoniale (notamment pour les hommes) débordent le cadre des soins pour englober la compagnie constante de l'autre. Le conjoint est plus susceptible que toute autre personne de fournir des soins en cas d'invalidité et de maladie graves. L'unité que forment les conjoints est bien adaptée à la prestation de soins, surtout en cas de maladies chroniques.

Outre le conjoint, les personnes les plus susceptibles d'assumer le rôle de pourvoyeur de soins à la personne âgée sont ses enfants, plus spécialement les filles. La plupart des personnes âgées vivent à proximité d'au moins un de leurs enfants. Elles aiment « l'intimité à distance », en préférant conserver autant d'indépendance que possible et vivre chez elles, tout en maintenant des relations étroites avec leurs enfants. En règle générale, elles préfèrent ne pas vivre sous le même toit que ces derniers. Les rôles que jouent les enfants sont quelque peu différents et dépendent souvent de leur sexe. Les filles offrent un soutien affectif et pratique, alors que les fils offrent la supervision et l'assistance financière au besoin. Toutefois, si le couple n'a que des fils ou qu'aucune des filles n'est disponible, les fils fournissent toute l'aide requise par leurs parents.

Après le conjoint et les enfants, les autres membres de la famille (frères, soeurs, petits-enfants, nièces, neveux, cousins, famille du conjoint) semblent être une source d'aide considérable. Aucune étude ne porte sur l'influence de ces autres proches et, par conséquent, on n'en sait pas grand-chose. Toutefois, les données canadiennes compilées en Ontario et au Manitoba suggèrent que les frères et les soeurs jouent un grand rôle dans la vie des personnes âgées et leur apportent aide et soutien affectif. Les petits-enfants peuvent aussi avoir une grande importance dans la vie des personnes âgées, mais rarement à titre de dispensateurs de soins.

Peu d'études ont été consacrées au rôle des amis dans la vie des personnes âgées, mais l'impression générale est qu'ils constituent une part importante de la société canadienne contemporaine, y compris la vie des personnes âgées. Contrairement aux relations de parenté, les amitiés se caractérisent par l'engagement volontaire, l'affection et le consensus. Généralement, les amis se ressemblent et présentent les mêmes caractéristiques

Photo : Santé et Bien-être social

d'âge, d'état civil, de sexe et de statut socio-économique. Ils partagent des expériences communes et passent souvent par les changements semblables dans leur vie matrimoniale et familiale.

Bien qu'il y ait peu de recherche concernant les amitiés dans les vies des personnes agées, les données compilées à Winnipeg suggèrent que le rôle des amis est beaucoup plus considérable qu'on ne le croyait. Bien que les amitiés puissent être de longue durée et entraîner des engagements sérieux entre les personnes concernées, on pense que les obligations réelles ne sont pas aussi fortes qu'au sein de la famille. Les personnes âgées préfèrent partager leurs loisirs avec leurs amis et en retirent un degré de satisfaction très élevé. En outre, après les conjoints, les enfants et les frères et soeurs, ce sont les amis qui sont choisis comme pourvoyeurs de soins, plutôt que d'autres membres de la famille.

Les amis âgés partagent les mêmes expériences, comme la retraite, le veuvage et le départ des enfants. Ils partagent aussi les mêmes adaptations à la détérioration de leur santé, des intérêts communs basés sur l'appartenance à une même génération face à une société en évolution rapide, ainsi que l'idée de la mort relativement proche. Certains chercheurs croient que les liens d'amitié aident particulièrement les personnes âgées à maintenir un sentiment d'utilité et d'estime personnelle, car ils reposent sur des choix et des besoins mutuels et supposent un échange social volontaire entre les égaux. La mort d'un ami est une chose inévitable pour les personnes âgées, mais il est possible d'établir de nouvelles amitiés à tout âge. Certains estiment que ceux qui ont acquis des aptitudes en ce sens plus tôt au cours de leur vie sont le plus susceptibles de vivre une vieillesse heureuse.

Cependant, toutes les relations ont leurs côtés positifs et négatifs. En d'autres termes, les relations de soutien entraînent souvent des coûts. Toutes les relations qui comportent des soins ne profitent pas nécessairement à la personne qui les donne ou à celle qui les reçoit. C'est lorsque les membres de la famille et les amis ne sont plus en mesure de se charger des soins, ou qu'il n'existe pas de réseau personnel de soutien, que le système de soins officiel peut entrer en jeu.

V. Le système canadien de soins de santé

Les personnes expriment souvent des inquiétudes sur les coûts croissants du système canadien de soins de santé, parallèlement au fait que les personnes âgées sont les plus gros utilisateurs adultes du système.

Ce n'est qu'une faible proportion (environ 20 p. 100) de la population âgée qui utilisent intensément le système officiel. La famille et les amis sont de loin leurs principaux pourvoyeurs de soins. C'est cette proportion qui est à l'origine des données voulant que les personnes âgées soient les plus gros utilisateurs. La plupart des personnes âgées n'a pas plus recours au système de soins officiels que les adultes plus jeunes. En fait, certains l'utilisent moins. En outre, bien que le coût du système canadien de soins de santé augmente, il augmente moins rapidement que celui de la plupart des pays industrialisés.

Malgré que les personnes d'âge mûr redoutent souvent la vieillesse parce qu'ils l'associent aux soins de longue durée en établissement, moins de 10 p. 100 des personnes âgées au Canada se trouvent en établissement de soins de longue durée. En d'autres termes, plus de 90 p. 100 des personnes âgées de 65 ans et plus vivent dans la collectivité. Cependant, un tiers des vieux-vieux se trouvent dans les établissements de soins de longue durée (maisons de retraite, foyers pour personnes âgées, foyers de soins personnels). Environ un tiers des personnes âgées de 85 ans et plus vivent dans des maisons de retraite.

Au cours des années 60 et 70, on croyait que les soins de longue durée en établissement seraient la solution idéale pour les personnes âgées à la santé fragile. De nos jours, on tend à croire que ces établissements ne sont indiqués que pour les personnes qui requièrent trop de soins pour vivre dans leur milieu; c'est pourquoi on prévoit de moins en moins de lits en établissement. Compte tenu de la proportion croissante de personnes âgées, celles qui sont placées en établissement de soins de longue durée sont beaucoup plus âgées et en moins bonne santé qu'il y a vingt ans. Cependant, les soins de longue durée en établissement ne représentent pas l'essentiel des soins de santé destinés aux personnes âgées au Canada.

A. Médecins et hôpitaux

Le système canadien de soins de santé repose principalement sur les médecins

et les hôpitaux à court séjour pour les maladies aigus. L'importance des médecins est évidente, puisqu'ils contrôlent environ 80 p. 100 des coûts des soins de santé assurés. Bien que les médecins ne perçoivent directement qu'environ 19 p. 100 de ces sommes, leur influence leur permet de contrôler les admissions dans les hôpitaux, les ordonnances, les tests médicaux et les recommandations de visites subséquentes. Ce sont essentiellement les médecins, et non les patients, qui décident de l'usage de services de soins coûteux. Les hôpitaux représentent la moitié de tous les coûts assurés.

Bien que le système de soins au Canada repose principalement sur les soins médicaux et les soins en établissement, les principales maladies qui frappent les personnes âgées sont des maladies chroniques, ou des crises aiguës de maladies chroniques, plutôt que des maladies aiguës. Le système canadien de soins de santé n'est pas conçu pour répondre aux besoins des malades chroniques, en particulier ceux qui ne sont pas en établissement. En gérontologie, l'importance des maladies chroniques se mesure généralement par le degré de détérioration de la capacité fonctionnelle, ce qui suppose une définition élargie de la santé. Cette définition ressemble à celle qui a été adoptée par l'Organisation mondiale de la santé, et elle tient compte de facteurs économiques, sociaux, psychologiques et médicaux.

Au Canada, comme dans les autres pays industrialisés, une croissance sensible des services de soins à domicile avait lieu au cours des années 70. On a alors admis que les ressources existantes étaient aptes à combler les besoins des personnes très malades (maisons de retraite) et de celles qui se portaient très bien (logements), mais qu'elles réussissaient moins bien à combler ceux des personnes dont la condition se situait quelque part entre ces deux extrêmes. Les premiers programmes de soins à domicile offraient des soins médicaux et des services connexes dans le but de raccourcir le séjour à l'hôpital plutôt que de traiter et de maintenir en bonne santé les personnes atteintes de maladies chroniques ou celles qui avaient besoin de soins de longue durée dans leur milieu.

Vers la fin des années 70, des spécialistes et d'autres personnes intéressées ont examiné d'un oeil critique les soins de longue durée en établissement pour les personnes âgées. Ils ont conclu que la plupart pourraient continuer à vivre dans leur milieu si l'on mettait à leur disposition le soutien approprié. On considère que le soutien communautaire approprié coûte moins cher que les soins en établissement. En outre, le vieillissement de la population a soulevé des inquiétudes au sujet des exigences accrues et onéreuses de la part d'un système de soins de santé déjà très coûteux. Les recherches se sont donc accélérées pour trouver d'autres solutions.

B. Programmes communautaires

En 1975, les programmes de soins à domicile ont augmenté et se sont diversifiés, mais les objectifs, les critères d'admissibilité, les services offerts, le personnel, la terminologie utilisée et les méthodes de financement manquaient d'uniformité. Le Manitoba était la seule province dotée d'un programme universel de soins à domicile qui ne requérait pas l'autorisation de la profession médicale. Pendant la seconde moitié des années 70, les programmes de soins à domicile ont vu le jour, permettant d'offrir des services complets. De nos jours, de nombreuses provinces offrent une gamme de services dans le cadre de leurs programmes de soins à domicile, mais ces services varient considérablement.

Les services de soutien communautaires sont importants, non seulement pour l'aide qu'ils dispensent directement aux personnes âgées, mais aussi pour l'aide qu'ils procurent à ceux qui donnent les

soins. Ces derniers ne souhaitent pas abandonner ce rôle, bien qu'ils veulent une aide suffisante pour éviter le surmenage ou la détérioration de leur propre état de santé. Ces personnes demandent de l'aide pour conserver leurs propres ressources limitées, plus particulièrement celles qui dispensent des soins complets ou presque. Elles doivent aussi être renseignées sur les soins à dispenser et sur la manière de les dispenser. Enfin, elles ont besoin du soutien moral de ceux qui comprennent ce qu'elles sont en train de vivre.

Les études sur le sujet portent à croire que le fait de procurer des services de soutien aux personnes âgées par le biais de mécanismes officiels n'est pas simplement une substitution coûteuse aux soins dispensés par la famille. En effet, ces études montrent que la famille et les amis des personnes âgées prennent tous les moyens à leur disposition pour dispenser les soins requis. En outre, les services de soutien officiels, lorsqu'ils sont offerts, ne remplacent pas ces soins personnels. Les données recueillies au Canada et aux États-Unis révèlent que, lorsque les services officiels sont offerts, les parents et les amis des personnes âgées continuent de dispenser des soins officieux, bien que ces services changent parfois de nature. Par exemple, les soins officiels peuvent prendre en charge les tâches les plus ingrates, laissant plus de temps aux proches pour offrir d'autres formes de soutien. De plus, certains faits tendent à démontrer que l'offre de services de soutien officiels aide les pourvoyeurs de soins officieux à assurer leur soutien plus longtemps.

C. Soins de santé pour une société vieillissante

À l'heure actuelle, l'établissement d'un plus grand nombre de services sociaux communautaires aide à assurer la continuité des services, y compris les ressources humaines : bénévoles, thérapeutes, auxiliaires familiales, travailleurs sociaux, aide-ménagères, infirmiers et infirmières. Les programmes de soins extérieurs — pouvant être offerts à domicile ou ailleurs — comprennent les programmes de jour pour les adultes, les programmes de surveillance des troubles de santé, les centres de rencontre pour les personnes âgées et les hôpitaux de jour pour dispenser des soins médicaux complémentaires. Les besoins de transport et de logement commencent à prendre beaucoup d'importance dans une société vieillissante.

Le développement des services sociaux communautaires implique une définition élargie de la santé qui mette l'accent sur les soins à donner aux malades chroniques et sur les soins extérieurs, par opposition aux soins aux malades en crise et aux soins en établissement.

Les services sociaux communautaires pourront faciliter les soins autoadministrés et les soins offerts par les proches. Il s'agit de dispenser des services de santé d'une manière qui ne porte pas atteinte à l'autonomie et à la dignité des personnes en cause. Cela pose un problème, compte tenu surtout du fait que notre société, comme d'autres sociétés industrialisées, est encore aux prises avec des questions fondamentales liées à la prolongation de l'espérance de vie et à la détérioration de l'état de santé qui en est le corollaire. Pendant combien de temps doit-on maintenir la vie et dans quelles circonstances doit-on le faire? Face à une détérioration progressive de l'état de santé, à quel moment la médecine doit-elle intervenir? Comment évaluer avec précision l'évolution des besoins des personnes âgées? Ce sont là des problèmes épineux qu'il faudra peser mûrement pour parvenir à des solutions appropriées.

Conclusion

Pendant trop longtemps, on s'est attaché à définir les « problèmes » des personnes âgées en fonction de la société en général. Si l'on examine la question de plus près, on s'aperçoit que la vieillesse n'est pas cette période de détérioration dévastatrice de l'état de santé que l'on imaginait auparavant. La détérioration est plutôt progressive et, en règle générale, les gens s'y adaptent. L'état de santé de la plupart des personnes âgées est relativement bon. En outre, la notion de la famille nucléaire isolée ne s'applique pas à la société canadienne contemporaine; un nombre très restreint de personnes âgées se trouvent isolées de leur famille ou de leurs amis. On parle plutôt d'intimité à distance pour désigner les préférences et la réalité des modes de vie des personnes âgées. Celles-ci aiment les échanges et les relations fréquentes avec les membres de leur famille, mais elles préfèrent conserver leur indépendance et leur autonomie, en ne vivant pas sous le même toit que leurs enfants.

Il est important de signaler que le nombre et la proportion de personnes vivant jusqu'à un âge avancé représentent un phénomène historique nouveau. Les personnes âgées d'aujourd'hui au Canada sont les pionniers d'une société nouvelle pleine d'aléas; elles façonneront et définiront les rôles sociaux qu'assumeront les personnes âgées de demain. Les personnes âgées d'aujourd'hui nous ont montré toute l'importance et toute la force des relations familiales, même dans notre société post-industrielle du XX^{e} siècle. Cependant, les interactions varient. Le conjoint, par exemple, tend à être la personne choisie pour dispenser les soins, puis viennent les enfants, (les filles surtout), et, enfin, les frères et soeurs et les amis. Les personnes âgées tendent à ne faire appel au système de soins officiel qu'en dernier recours.

L'un des mots clés, lorsqu'on parle des personnes âgées, est l'hétérogénéité. Les personnes âgées sont très différentes les unes des autres, par leurs modes de vie comme par leurs besoins. Bien qu'il existe des tendances qui les caractérisent comme groupe (par exemple, un peu plus de la moitié sont des femmes, la plupart sont mariées, leur revenu tend à être moindre que celui des adultes plus jeunes) les différences abondent. Certaines personnes âgées sont divorcées, d'autres sont séparées, d'autres encore sont veuves. Les personnes les plus âgées du groupe sont plus susceptibles d'être veuves que les plus jeunes. Certaines d'entre elles vivent à la campagne, d'autres en ville. Les besoins des

Photo : Santé et Bien-être social

personnes âgées varient tout autant que leurs caractéristiques. Aussi, lorsqu'il s'agit d'offrir des services aux Canadiens âgés, il faut prévoir une gamme d'options, que ce soit dans les domaines du logement, des soins médicaux traditionnels ou des services sociaux communautaires.

Bibliographie

Béland, François. « *Living Arrangement Preferences among Elderly People.* » **The Gerontologist**, v. 27, no. 6, 1987, pp. 797-803.

Chan, Kwok B. « *Coping with Aging and Managing Self-Identity: The Social World of the Elderly Chinese Woman* ». **In Canadian Ethnic Studies/Études ethniques au Canada**, v. 15, no. 3, 1983, pp. 36-50.

Chappell, Neena L. « *Informal Support Networks among the Elderly* ». **Research on Aging**, v. 5, no. 1, Mar. 1983, pp. 77-99.

Chappell, Neena L. « *Making Sense of Symptoms: Referent Others and Formal Care Workers* ». Paper presented at the annual meeting of the Midwest Sociological Society, Chicago, 1987.

Chappell, Neena L., Laurel A. Strain and Audrey A. Blandford. **Aging and Health Care: A Social Perspective**. Toronto: Holt, Rinehart & Winston, 1986.

Evans, Robert G. « *Does Canada Have Too Many Doctors? : Why Nobody Loves an Immigrant Physician* ». **Canadian Public Policy/Analyse de politiques**, v. 2, no. 2, Spring 1976, pp. 147-160.

Evans, Robert G. **Strained Mercy: The Economics of Canadian Health Care**. Brown, Maura (éd.). Toronto: Butterworths, 1984.

Lopata, Helena Znaniecki. **Women as Widows: Support Systems**. New York: Elsevier, 1979.

MacLean, Michael J. and Rita Bonar. « *The Ethnic Elderly in a Dominant Culture Long-Term Care Facility* ». **Canadian Ethnic Studies/ Études ethniques au Canada**, v. 15, no. 3, 1983, pp. 51-59.

Matthews, Anne Martin. « *Widowhood as an Expectable Life Event* ». **Aging in Canada: Social Perspectives**, chap. 18. Marshall, Victor W. (éd.). 2e éd. Markham, Ont.: Fitzhenry & Whiteside, 1987, pp. 344-366.